



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Características de la dinámica familiar de los pacientes
con diagnóstico de depresión atendidos en consulta
externa de un hospital de salud mental. Lima – Perú
2016**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Carmen Rosa YÁBAR CALDERÓN

ASESOR

Mery Soledad MONTALVO LUNA

Lima, Perú

2017



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Yábar C. Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental. Lima – Perú 2016 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.

312
11(a)
86
21(8)

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)



FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

"Año del Buen Servicio al Ciudadano"

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO(A)
EN ENFERMERÍA**

En la ciudad de Lima, el primer día del mes de marzo del año dos mil diecisiete y en cumplimiento a lo señalado en el inciso "c" del Art. 66 del estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. N° 78337), se ha realizado la sustentación de la tesis titulada: **"CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL. LIMA-PERÚ 2016."** sustentada por la Bachiller en Enfermería:

CARMEN ROSA YÁBAR CALDERÓN ✓

para optar el Título Profesional de Licenciado (a) en Enfermería, habiendo obtenido el calificativo de:

16 (DIECISÉIS)

Lo que se da fe:

DRA. RUDI AMALIA LOLI PONCE
Presidenta

MG. MARÍA J. CUELLAR FLORENCIO
Miembro

LIC. LUZ ELENA CAPCHA CASO
Miembro

LIC. MERY S. MONTALVO LUNA
Asesor (a)



RALP/mtc

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú, E.A.P. de Enfermería 619 7000 anexo 4619
Web: www.unmsm.edu.pe/medicina - E-mail de la Escuela de Enfermería:
epenfermeria.medicina@unmsm.edu.pe

**CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES
CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN
CONSULTA EXTERNA DE UN HOSPITAL
DE SALUD MENTAL.**

LIMA – PERÚ

2016

Agradecimiento

A Dios por brindarme fortaleza y sabiduría para seguir adelante.

A mi asesora, la Lic. Mery Montalvo Luna por su dedicación, paciencia y motivación para orientarme en la elaboración de la presente investigación.

A mi querida casa de estudios, la UNMSM y sus profesores; quienes han contribuido en mi formación académica y personal.

Dedicatoria

A todos los pacientes y personas que colaboraron para la realización del presente estudio.

A mi mamá Zully, que aunque físicamente ya no esté, sé que siempre me guía y cuida.

A mis queridos amigos, a quienes la universidad me permitió conocer durante todos estos años.

ÍNDICE

	Pág.
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	vii
RESUMEN.....	viii
SUMMARY.....	ix
PRESENTACIÓN.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación.....	1
1.2. Formulación de objetivos.....	7
1.2.1. Objetivo general.....	7
1.2.2. Objetivos específicos.....	7
1.3. Justificación de la investigación.....	7
1.4. Limitaciones del estudio.....	9
CAPÍTULO II: BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS.....	10
2.1. Marco teórico.....	10
2.1.1. Antecedentes del estudio.....	10
2.1.2. Base teórica conceptual.....	19
A. Aspectos teóricos de la familia.....	19
a. Definición de familia.....	20
b. Características principales de la familia.....	21
c. Tipos de familia.....	23
d. Funciones de la familia.....	24
e. Enfoques teóricos sobre familia.....	25
B. Aspectos teóricos de la dinámica familiar.....	27
a. Definición de dinámica familiar.....	27
b. Dimensiones de la dinámica familiar.....	28
c. El impacto del funcionamiento familiar en la salud mental.....	37

C. Situación de la salud mental en el Perú.....	39
a. Generalidades de la depresión.....	42
b. Aspectos epidemiológicos de la depresión.....	44
c. Apoyo familiar y social al paciente con depresión.....	46
D. Rol del profesional de enfermería en la salud mental.....	49
2.1.3. Definición operacional de términos.....	52
2.2. Diseño metodológico.....	53
2.2.1. Tipo de investigación.....	53
2.2.2. Población.....	54
2.2.3. Muestra.....	54
2.2.4. Criterios de inclusión.....	54
2.2.5. Criterios de exclusión.....	55
2.2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	55
2.2.7. Proceso de recolección y análisis estadístico de los datos.....	56
2.2.8. Validez y confiabilidad.....	57
2.2.9. Consideraciones éticas.....	58
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	59
3.1. Resultados.....	59
3.1.1. Datos generales.....	59
3.1.2. Datos específicos.....	61
3.2. Discusión.....	67
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	79
4.1. Conclusiones.....	79
4.2. Recomendaciones.....	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº		Pág.
1	Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa según dimensiones. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	61
2	Características de la comunicación según sus indicadores en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	62
3	Características del afecto según sus indicadores en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	63
4	Características de la cohesión según sus indicadores en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	64
5	Características de la cohesión según sus indicadores en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	65
6	Características de la adaptabilidad según sus indicadores en la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	66

RESUMEN

Objetivo: Determinar las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera. **Material y Método:** El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal; donde la población estuvo conformada por el promedio mensual de pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa, de la cual se obtuvo una muestra de 50 pacientes cuyas edades se encuentran comprendidas entre los 25 y 54 años, a quienes se les aplicó una escala tipo Likert modificada de 40 enunciados. **Resultados:** Del 100% de pacientes encuestados, 66% manifestaron que en su dinámica familiar resaltaba el afecto, seguido de la comunicación y la cohesión en un 58% para ambos casos; siendo la adaptabilidad la dimensión de menor frecuencia con el 56%. **Conclusiones:** La dinámica familiar de los pacientes encuestados posee características positivas; las cuales están presentes de manera frecuente (siempre o casi siempre) en la mayoría de los casos (56%). La característica de la dinámica familiar que está presente en la gran mayoría de las familias de los pacientes encuestados es el afecto (66%); mientras que la de menor predominio es la adaptabilidad (56%).

Palabras Claves: Características, Dinámica familiar, Pacientes con diagnóstico de depresión.

SUMMARY

Objective: Determine the characteristics of the family dynamics of patients diagnosed with depression seen in the external consultation of Victor Larco Herrera Hospital. **Material and method:** The study is of quantitative type, application level, descriptive method and cross section; where the population was made up of the monthly average of patients diagnosed with depression seen in an external consultation, from which a sample of 50 patients whose ages ranged from 25 to 54 years, who were given a modified Likert scale of 40 statements. **Results:** Of the 100% of patients surveyed, 66% stated that in their family dynamics the affection, followed by communication and cohesion by 58% for both cases; being the adaptability the dimension of less frequent with 56%. **Conclusions:** The family dynamics of the patients surveyed has positive characteristics; Which are present frequently (always or almost always) in most cases (56%).bThe characteristic of the family dynamics that is present in the great majority of the families of the patients surveyed is affection (66%); while the one of smaller predominance is the adaptability (56%).

Keywords: Characteristics, Family dynamics, Patients diagnosed with depression.

PRESENTACIÓN

La familia siempre ha sido y es el principal pilar de la sociedad. Es el lugar donde las personas nacen, aprenden, se educan y desarrollan; debe ser refugio, orgullo y alegría de todos sus miembros. Asimismo, es el grupo responsable de cuidar y proteger al nuevo ser que nace pero también de integrarlo al mundo y de hacer que, a través de la enseñanza de prácticas, reglas y pautas de convivencia; pueda adaptarse exitosamente a las necesidades de la sociedad.

Tener una familia cuyo desempeño sea beneficioso para sus integrantes es un privilegio que no tiene precio. Sentirla como refugio en las angustias, peligros o incertidumbres y percibirla como receptora para compartir las alegrías y logros alcanzados. Sin embargo, puede presentarse el caso contrario, donde ésta sea fuente de conflictos y generadora de perturbaciones en la vida de sus integrantes; desestabilizándolos a tal punto que puedan enfermar. Por tanto, es necesario conocer el funcionamiento de las familias, sus interrelaciones, sus formas de comunicación, si se encuentran unidas o si sus comportamientos afectivos son eficaces; es decir su dinámica para poder comprender a la persona.

Identificar y explorar los factores que influyen en una persona proveen a enfermería de una gran fuente de información que ha de servir de base para fomentar la creación de espacios y ambientes saludables en todo ámbito.

El profesional de enfermería como agente esencial a nivel preventivo – promocional y también en lo recuperativo y rehabilitador,

debe fomentar un equilibrio en todas las esferas del ser humano a fin de evitar alteraciones que afecten su estabilidad emocional.

La identificación y análisis de todos estos elementos es de vital importancia para una adecuada intervención de enfermería en el campo de la salud mental y salud familiar; teniendo como premisa que el núcleo primario de socialización de las personas lo constituye la familia y es ahí donde se dan las interacciones y sucesos más significativos, razón por la que no se la puede dejar de tener en cuenta. Más aún en los casos donde hay desestabilización de la salud mental, se vuelve un aliado estratégico para una adecuada adherencia al tratamiento y sobretodo, para la superación de las etapas críticas.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar las características de la dinámica familiar de un tipo específico de población, como lo son los pacientes con diagnóstico de depresión que son atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera; quienes pueden estar viendo afectada su salud mental por vivir en un ambiente familiar que no brindaba las condiciones propicias para un desarrollo óptimo.

El estudio posee la siguiente estructura: Capítulo I: El Problema, en el cual se presenta el Planteamiento del problema, Formulación de objetivos, Justificación y Limitaciones del estudio; Capítulo II: Bases teóricas y Metodológicas, el cual consta del Marco teórico y el Diseño metodológico; Capítulo III: Resultados y Discusión que incluye los Datos generales y Datos específicos; Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presentan las Referencias bibliográficas y Anexos correspondientes.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema, Delimitación y Formulación

Según definición del Programa de Familias y Viviendas Saludables, la familia es considerada como una institución natural y fundamental de la sociedad que constituye la unidad básica de la salud y desarrollo. Es en ella donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo y es el primer nivel agente socializador, en el cual se construyen valores, cultura y relaciones interpersonales; donde se conjugan prácticas, funciones y se reconocen a las personas con sus especificidades.¹

Existen tres aspectos básicos relacionados con la familia, el primero hace referencia a que la familia como estructura es cambiante y que estos cambios obedecen al periodo histórico y social de cada época; el segundo alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario y el tercero, todo grupo familiar tiene su dinámica interna y externa.²

El concepto de dinámica familiar es interpretado como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que estructuran una determinada organización al grupo; estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia, normas que regulen el desempeño de tareas, funciones y roles. Es además, una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia; lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el

sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.³

Para lograr una sana dinámica familiar deben existir condiciones mínimas que la faciliten como la existencia de una comunicación fluida, afecto entre sus miembros, un adecuado manejo de toma de decisiones, normas de convivencia claras al interior de la familia, contar con mecanismos de solución de conflictos, distribución equitativa de las tareas en el hogar, entre otros.³

Sin embargo, dentro de la dinámica al interior de una familia no siempre se encuentra el soporte emocional que requiere una persona para enfrentar las adversidades que puede estar atravesando; donde la persona con afectación en su salud no encuentra el apoyo necesario y es factor predisponente para el empeoramiento de su estado.

Existen casos donde la misma familia es propiciadora de enfermedad en sus integrantes porque su dinámica al interior es conflictiva y no permite el desarrollo integral y saludable de sus miembros.

Relacionado a esta situación, Torrel Marleny y Delgado Mubbia, en Perú, en el año 2013, realizaron un estudio denominado “Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla – Tumbes”; donde concluyeron que hay relación significativa entre la presencia o ausencia de depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adolescentes participantes de la investigación.

Es así que en la actualidad, existen familias que ponen en peligro la capacidad de funcionamiento e incluso de supervivencia; lo cual se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo normal de sus

integrantes porque no se les instruye con afecto, apoyo y sobre todo no utilizan una adecuada comunicación con la finalidad de comprenderse e inculcar la autonomía y así, favorecer la madurez como para dirigir sus propias vidas sabiendo afrontar las situaciones adversas.

La falta de mecanismos adecuados para afrontar situaciones de tensión, angustia y estrés puede generar afectación de la salud mental de las personas; ocasionando la aparición de trastornos que implican la dimensión afectiva, tales como la depresión.

La depresión, definida clínicamente como una alteración patológica del estado de ánimo, es un trastorno afectivo que se manifiesta mediante una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de tristeza o angustia que trasciende la esfera de lo considerado normal; que persisten por lo menos dos semanas.⁴

Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre los mismos.⁴

En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, tristeza o irritabilidad, cambios en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, dificultades psicomotrices y presencia de ideas suicidas; incapacitando a las personas que la padecen.

Al hablar de depresión, es indispensable mencionar que el paciente debe someterse a un régimen médico especializado para poder superar

dicha etapa; el cual se basará en la severidad del trastorno, pudiendo darse de forma ambulatoria o requiriéndose de hospitalización.⁴

En nuestro país existen establecimientos de salud, en todos los niveles de atención, que brindan los cuidados y tratamiento que una persona con trastornos de salud mental y psiquiatría, entre ellos, la alteración del estado de ánimo, necesita según la complejidad del caso.

Dentro de estos establecimientos existe una intervención interdisciplinaria, donde enfermería desempeña un papel clave por ser el personal de salud que se encuentra más cerca del paciente y, por lo tanto, brinda un cuidado integral que no sólo está enfocado en el tratamiento farmacológico y control de signos y síntomas, sino también en el abordaje de los factores que influyen en la persona para una mejor recuperación tales como la estructura y formas de relacionarse de las familias y las estrategias que utilizan para afrontar la enfermedad.

Al constituir la depresión, un trastorno incapacitante, influye significativamente en el quehacer total de la persona por ser un estado personal interior de tristeza y desánimo en todas las esferas de la vida; situación que ve involucrada a la familia de la persona que la padece por ser el ambiente principal donde se desenvuelve.

Por ello, para el tratamiento de la depresión se requiere de la participación activa de la familia; quien se encargará de la vigilancia permanente del paciente y se hará responsable por su cuidado, según la incapacidad generada por la enfermedad.

En razón a lo antes mencionado, es necesario identificar las dinámicas internas de las familias de estos pacientes con la finalidad de

orientar satisfactoriamente la continuidad del cuidado en el hogar puesto que no siempre las interacciones del grupo familiar son las más apropiadas.

Al respecto, Veyta López Marcela y colaboradores, en México, en el año 2012, realizaron un estudio denominado “Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes”; en el cual se halló que existe una asociación importante entre los síntomas de depresión y los sucesos vitales estresantes, específicamente de tipo familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, refirió que la depresión afecta aproximadamente a 350 millones de personas en el mundo y se estima que uno de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo a lo largo de su vida; por lo que para el año 2020 este trastorno se convertirá en la segunda causa de discapacidad en el mundo, además de contribuir de manera muy importante a la carga mundial general de morbilidad, siendo el suicidio la peor de sus consecuencias.⁵

Según estadísticas del año 2015 del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD – HN), cerca de 1 700 000 mil peruanos sufren de depresión en el país y sólo en Lima, existen alrededor de 350 000 mil personas con este mal. Por otro lado, el 70% de casos de suicidio que se registran en el país corresponde a personas que padecen de depresión.⁶

Durante las prácticas pre profesionales en los establecimientos de atención de salud mental, se ha tenido la oportunidad de interactuar con los pacientes con depresión, encontrándose diversas manifestaciones como las siguientes: “Prefiero no decirle a mi familia cómo me siento porque no me van a entender”, “Mi esposo no me entiende, quiere que

haga todas las labores de la casa y encima cuide al niño cuando yo no puedo porque me siento mal“, “Desde que estoy enferma, siento que mi familia se preocupa más por mí“, “A veces me acompañan a mis terapias, cuando tienen tiempo”; entre otras. Mientras que los familiares refirieron: “En algún momento tuve que dejar mi trabajo para cuidar a mi esposo, mi mamá es quien me ayudaba con los gastos“, “A veces no entiendo a mi hija cuando se pone mal y no sé qué hacer, cuando estaba internada era más fácil porque ahí la veían“, “Trato de estar al pendiente de mi mamá con lo de su enfermedad, no la puedo dejar sola”.

Ante todo lo expuesto, podemos plantearnos las siguientes interrogantes:

- ¿Cómo influye la dinámica familiar en la aparición de alteraciones en la salud mental de sus integrantes?
- ¿La existencia de una familia disfuncional es necesariamente generadora de trastornos en la salud?
- ¿Existe relación entre la presencia del trastorno depresivo y el tipo de dinámica familiar de una persona?
- ¿Qué tan involucrada se encuentra la familia con el trastorno depresivo de uno de sus integrantes?
- ¿Cuál es el rol de los integrantes de la familia del paciente con depresión?

Por lo antes expuesto se formula la siguiente interrogante de investigación:

¿Cuáles son las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera en el año 2016?

1.2. Formulación de objetivos

1.2.1. Objetivo general:

- Determinar las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

1.2.2. Objetivos específicos:

- Describir las características de la comunicación en la familia de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Describir las características del vínculo afectivo en la familia de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Describir las características de la cohesión en la familia de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.
- Describir las características de la adaptabilidad en la familia de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

1.3. Justificación de la investigación

La salud mental es considerada como el resultado de la interacción de la persona con su medio familiar y con el ambiente; hecho que es importante para el proceso de adaptación a la diversidad de situaciones que se puedan presentar y mediante ellas, lograr el establecimiento de

mecanismos de adaptación que contribuyan a prevenir la aparición de problemas emocionales.

Por otro lado, la familia simboliza uno de los ejes fundamentales en la formación de la persona, de allí que las funciones que desempeña son esenciales para el desarrollo de la persona; convirtiéndose en el factor afectivo que aporta la base para que los individuos construyan una actitud positiva respecto al mundo y logren afrontar satisfactoriamente las adversidades.

En el caso de las personas afectadas del estado de ánimo, específicamente en la depresión, no cuentan con los recursos necesarios para poner en marcha los mecanismos adaptativos antes mencionados; lo que ocasiona que la realidad les resulte hostil, sumiéndose en una tristeza que los inhabilita.

La dinámica al interior de las familias determinará, en gran parte, la formación de sus miembros; situación que no siempre resultará adecuada debido a la particularidad de cada familia.

Esta situación motiva el conocimiento de las características de las distintas dinámicas familiares por parte del profesional de enfermería porque, mediante la identificación de falencias y mejora de fortalezas existentes, permitirá establecer estrategias de intervención orientadas a constituir familias fortalecidas, que cuenten con los recursos necesarios para brindar un soporte eficaz al paciente. Ello, en virtud a que los familiares constituyen la primera red de apoyo para los pacientes y son los mejores aliados para lograr resultados positivos en el tratamiento; siendo indispensable involucrarlos de manera oportuna.

1.4. Limitaciones del estudio

- ❖ Los resultados y conclusiones del presente estudio sólo se pueden generalizar a poblaciones con características similares.
- ❖ En la búsqueda de antecedentes que se relacionan con la investigación, la mayoría de los encontrados han sido realizados en población adolescente; por lo que no se encontraron suficiente cantidad para establecer cuánto se ha abordado del tema de estudio en población adulta.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS Y METODOLÓGICAS

2.1. Marco teórico

2.1.1. Antecedentes del estudio

Para la elaboración del presente trabajo de investigación se realizó la búsqueda de antecedentes relacionados a la variable de estudio y a la metodología de la investigación.

A continuación se presentan algunos de ellos:

A nivel Internacional:

Eguiluz Romo Luz y Ayala Mira Mónica, en el D.F. – México, en el año 2014, realizaron una investigación titulada “Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes”; cuyo objetivo fue conocer la relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes.

El estudio posee un método descriptivo, diseño transversal y correlacional, en un grupo con tres mediciones, en un solo momento; donde la muestra estuvo formada por 292 alumnos de primero y segundo de secundaria que fueron invitados a participar en el trabajo, con edades comprendidas entre doce y quince años. Los instrumentos aplicados fueron: Inventario de Depresión de Beck, Escala de Ideación Suicida de Beck, Kovacs y Weissman y Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y Zetune, cuya conclusión fue la siguiente:

“La correlación encontrada entre ideación suicida y depresión coincide con un gran número de estudios tanto en México como en el mundo en los que el afecto o ánimo depresivo es el articulador entre la ideación suicida o cualquier otra conducta suicida y pautas familiares disfuncionales, conflictos en la familia, trastornos de la personalidad y conductas adictivas.”⁷

Sánchez Tapia Sonia Beatriz y Rivera Rodas Adriana Monserrath, en Cuenca – Ecuador, en el año 2013, realizaron una investigación titulada “Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la Unidad Educativa Herlinda Toral”; cuyo objetivo fue determinar la disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la en dicha institución.

El estudio fue de tipo cuantitativo descriptivo; donde se trabajó con un universo finito con un marco muestral por selección, siendo la muestra de 200 estudiantes del primero, segundo y tercer año del bachillerato de la institución, a quienes se les aplicó tres instrumentos: un formulario y los test de Apgar familiar y Hamilton mediante la técnica de entrevista individual, mediante los cuales se obtuvo la siguiente conclusión:

“El 48,5% de los adolescentes presentan una relación entre la disfuncionalidad y la presencia de depresión, por cuanto el 72% presentan disfuncionalidad familiar resaltando más la falta de comunicación, mala relación dentro del hogar, problemas con sus padres, violencia

familiar, padres divorciados o separados, abuso o maltrato en el hogar y esto hace que los mismos adolescentes presenten depresión en un 64,5%.”⁸

Suárez Soto Elizabeth, en Santiago – Chile, en el año 2013, realizó una investigación titulada “Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en Centros de Salud Pública”; cuyo objetivo fue determinar la relación entre las dimensiones de calidad de vida relacionada con la salud y el estilo de funcionamiento familiar en adolescentes entre quince y dieciocho años, de ambos sexos, con diagnóstico de depresión atendidos en Centros de Salud Pública de la región Metropolitana y Región de Atacama.

El estudio empleó una metodología cuantitativa, descriptiva – relacional, diseño no experimental de cohorte transversal; donde la población estuvo conformada por adolescentes de quince a dieciocho años de ambos sexos con diagnóstico de depresión que presenten episodios leves o moderados y la muestra fue de tipo no probabilística por conveniencia constituida por cuarenta adolescentes, treinta y un mujeres y nueve hombres pertenecientes a la Región Metropolitana y Región de Atacama. Se les aplicó el Cuestionario KIDSCREEN - 52 y Escala de Estilo de Funcionamiento Familiar de Dunst, Trivette y Deal, mediante los cuales se obtuvo la siguiente conclusión:

“La Calidad de Vida Relacionada con la Salud en este grupo de adolescentes se encuentra significativamente relacionada con la funcionalidad familiar percibida por el adolescente que padece depresión, así, aquellos que perciben una baja Calidad de Vida Relacionada

con la Salud experimentan una peor percepción de funcionalidad familiar, lo cual confirma la importancia que tiene la familia como red social de apoyo emocional, de las necesidades del individuo.”⁹

Cortés Alfaro Alba, Aguilar Valdés Juan, Suárez Medina Ramón, Rodríguez Dávila Elayne y Durán Rivero Jesús, en Cienfuegos – Cuba, en el año 2011, realizaron una investigación titulada “Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes”; cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados con los intentos suicidas en adolescentes de diez a diecinueve años.

El estudio fue de casos y controles, donde el universo de casos lo constituyó el total de sujetos notificados por intento de suicidio por la tarjeta de Enfermedad de Declaración Obligatoria al Centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología (CPHE) de la provincia de Cienfuegos en el segundo semestre del año 2007 (n= 87). Se solicitó la disponibilidad para participar en el estudio mediante el consentimiento informado firmado por los padres. Todos los casos notificados formaron parte de la muestra y se seleccionaron tres controles por cada caso (n= 261) pareados por edad, sexo y área de salud. La información se obtuvo de la aplicación a los adolescentes de un cuestionario diseñado a los efectos del estudio, mediante el cual se obtuvo la siguiente conclusión:

“La disfunción familiar severa, una decepción amorosa, antecedentes personales o familiares de intento

suicida, fumar y consumir sustancias psicoactivas, o padecer algún trastorno psiquiátrico como la ansiedad y la depresión mayor, aumentan el riesgo de suicidio.”¹⁰

Flores Pacheco Selene, Huerta Ramírez Yolanda, Herrera Ramos Oswaldo, Alonso Vázquez Omar, Calleja Bello Nazira, en el D.F. – México, en el año 2011, realizaron una investigación titulada “Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores”; cuyo objetivo fue identificar la relación de ambas variables con la depresión en adultos mayores.

Participaron en el estudio 141 adultos jubilados de la tercera edad que residían en la Ciudad de México, con edades entre los sesenta y los noventa y un años; a quienes se les aplicaron un cuestionario sociodemográfico, la Subescala de Ambiente familiar positivo de la Escala de Funcionamiento Familiar, el Inventario de Sistema de Creencias, SBI-15 y la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, Brink, Lum, Huang, Adley y Leiver (en su versión corta); llegando a las siguientes conclusiones:

“Existe relación directa entre los factores de un ambiente familiar positivo y los sentimientos antidepresivos e inversa entre la cohesión familiar y los síntomas depresivos.

Los ancianos inmersos en un ambiente familiar cohesivo y comunicativo reducen su sintomatología depresiva y aumentan su perspectiva de vida en armonía.”¹¹

A nivel Nacional:

Zavaleta Huamanyauri Jorge Romel, en Lima – Perú, en el año 2015, realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel González Prada de Ate”; cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes de la mencionada institución durante los meses de enero a febrero.

El estudio fue de tipo cuantitativo, de casos y controles. La población a estudiar fueron los casos de adolescentes cuyas edades estaban comprendidas entre los doce a dieciocho años de edad, con diagnóstico de trastorno depresivo consignado en la evaluación durante los meses de enero a febrero del 2015, mientras que la muestra estuvo constituida por 145 casos (adolescentes con depresión) y 145 controles (145 adolescentes sin depresión) en el periodo que corresponde al estudio. Se usó una ficha de datos la cual fue validada por médico asistente del servicio de Psiquiatría; llegando a las siguientes conclusiones:

“Los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en adolescentes fueron el abuso de sustancias, la disarmonía y violencia familiar, el tener un familiar de primer grado con depresión, el antecedente de episodio depresivo previo, y el estresor social.” ¹²

Gordillo Mamani Madeleydi, en Lima – Perú, en el año 2014, realizó una investigación titulada “Factores de riesgo asociados a depresión en niños y adolescentes en un hospital nacional en el 2013”;

cuyo objetivo fue identificar los factores de riesgo asociados a trastorno depresivo en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Psiquiatría Infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante enero a diciembre.

El estudio fue de tipo analítico, longitudinal, diseño de casos y controles. Los casos fueron pacientes cuyas edades se encontraban entre los nueve a diecisiete años de edad con diagnóstico de trastorno depresivo consignado en la historia clínica por el médico psiquiatra infanto juvenil del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, evaluados durante los meses de enero a diciembre 2013. Por otro lado, los controles fueron elegidos del Servicio de Medicina Adolescente, sus edades se encontraban entre los nueve a diecisiete años de edad. La muestra estuvo constituida por 145 casos (niños y adolescentes con depresión) y 145 controles (145 niños sin depresión) en el periodo que corresponde al estudio. Se usó una ficha de datos la cual fue validada por los médicos asistentes del servicio de Psiquiatría; formulándose las siguientes conclusiones:

“La violencia familiar y la desarmonía familiar aparecen como factores de riesgo asociados a trastorno depresivo; siendo el divorcio de los padres un factor más importante.”¹³

Soria Ramos Diana Elizabeth, en Lima – Perú, en el año 2013, realizó una investigación titulada “Depresión asociada a interacción familiar y rendimiento académico en adolescentes universitarios”; cuyo objetivo fue determinar los niveles de depresión en los adolescentes

universitarios y su relación con el tipo de funcionamiento e interacción familiar y el rendimiento académico.

El estudio fue cuantitativo, diseño descriptivo correlacional, realizado en la Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza/URP-Lima; cuya población fue 265 estudiantes y una muestra censal de cincuenta y seis, con edades entre diecisiete a veintiún años matriculados en el semestre 2012 - II. La técnica de recolección de datos fue la encuesta teniendo como instrumentos: EDAR, Apgar Familiar, Escala de Funcionamiento Familiar de Olson y Hoja de Registro; llegándose a las siguientes conclusiones:

“Existe una alta frecuencia de depresión en los adolescentes, independiente de su funcionamiento e interacción familiar y rendimiento académico.”¹⁴

Torres Moreno Isabel, en Lima – Perú, en el año 2013, realizó una investigación titulada “Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores”; cuyo objetivo fue determinar la relación entre la depresión y la percepción de funcionalidad familiar en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del H I Moche – EsSalud.

El diseño del estudio fue descriptivo, transversal, correlacional; donde la población objetivo estuvo constituida por adultos mayores atendidos en la consulta externa del servicio de medicina del mencionado hospital y la muestra fue de 150 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Se utilizó la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de quince ítems y el test de APGAR para evaluar funcionalidad familiar; llegando a la siguiente conclusión:

“Existe relación entre la depresión y la funcionalidad familiar y entre ellas el nivel de asociación es moderada.”¹⁵

Mercado Huachupoma Yisell y Paccori Yanac Leonor Vanesa, en Lima – Perú, en el año 2012, realizaron una investigación titulada “Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal”; cuyo objetivo fue analizar los factores asociados a la depresión en gestantes asistentes a dicha institución.

El estudio fue de tipo cuantitativo, analítico, diseño de casos y controles, de corte transversal y retrospectivo y se trabajó con la población correspondiente a las gestantes atendidas en el INMP, clasificadas en dos grupos: gestantes con sintomatología depresiva (casos) y gestantes sin sintomatología depresiva (controles); de la cual se extrajo una muestra de 226 pacientes (113 deprimidas y 113 no deprimidas) mediante muestreo no probabilístico pareado por día de atención con un rango de \pm dos días de servicio de atención. Se aplicaron el test de Edimburgo y el formulario de factores asociados a la depresión en el embarazo, concluyendo lo siguiente:

“Los factores psicológicos personales como presentar depresión previa a la gestación y haber sufrido violencia psicológica en la niñez y la adolescencia se asocian a la depresión en el embarazo.

Dentro de los factores psicológicos familiares, tener una buena relación y apoyo emocional de la familia, actúan como factores protectores para la depresión, mientras que tener una

relación regular con la familia incrementa el riesgo de padecerla.

Así mismo, los factores psicológicos conyugales tales como sufrir violencia psicológica por la pareja y tener una relación regular con ésta, incrementa el riesgo para adquirir depresión en la gestación.”¹⁶

Los antecedentes internacionales y nacionales guiaron al presente estudio en cuanto a la estructura de la base teórica, la metodología a utilizar, la elaboración del instrumento, la medición de la variable y presentación de resultados. Además sirvieron para establecer cuánto se ha abordado del tema, así como para contrastar resultados y reforzar la discusión.

2.1.2. Base teórica conceptual

A. Aspectos teóricos de la familia

La familia constituye uno de los aspectos fundamentales de nuestra vida, es el sistema donde el individuo nace, crece, se desarrolla y se adapta a través de su ambiente más inmediato que es el entorno familiar; influyendo también los ambientes más distantes como la escuela, la comunidad o la sociedad.

Es por ello que la vida en familia debe permitir que todos sus integrantes se sientan cómodos y tengan la sensación de hogar, calidez y bienestar.

La unión familiar asegura a sus integrantes estabilidad emocional, social y económica. Es allí donde se aprende tempranamente a dialogar, a escuchar, a conocer y desarrollar sus derechos y deberes como persona humana.

a. Definición de familia

En relación con la familia existen múltiples y diversas definiciones que nos ayudan a comprender su esencia. A continuación revisaremos las más destacadas:

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una familia consiste en personas emparentadas entre sí, hasta un determinado grado de sangre, adopción y matrimonio; por lo que la vinculación familiar no solo está dada por los lazos sanguíneos, sino que trascienden más allá de ellos; llegando a la conclusión de que una familia estará formada por todas aquellas personas que las una algún tipo de vínculo.¹⁷

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) nos remite a la definición primaria de la familia, definiéndola como un grupo de personas del hogar que poseen cierto grado de parentesco por sangre, adopción o matrimonio; el cual está limitado por el jefe del hogar, esposa e hijos.¹⁸

Para el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), la familia se sustenta en la unión entre un hombre y una mujer, en el amor que existe entre ellos y que se manifiesta hacia los hijos; donde se forjará un lugar privilegiado en el cual la persona nace, crece, se forma y desarrolla; destacándose el papel formador que posee la familia.¹⁹

El Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) nos refiere una definición más enfocada hacia el espacio delimitado y compartido por un grupo de personas que forman parte de un mismo lugar y que consumen alimentos provenientes de una misma fuente.²⁰

Sin embargo, es necesario escoger una definición de familia que sirva de guía y nos oriente hacia un panorama determinado. Debido a ello, nos acogeremos a la definición desarrollada por el médico psiquiatra de nacionalidad argentina, Salvador Minuchin, quien describe a la familia como un sistema abierto en permanente cambio e interrelación, que cumple con un objetivo interno (que implica protección psicosocial a sus miembros) y externo (que se refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta); que imprime un sentido de identidad o pertenencia y de separación o individuación a cada uno de sus miembros.²¹

b. Características principales de la familia

En el contexto de la globalización y modernización del mundo, las características de la familia han ido experimentando una serie de cambios según las necesidades y exigencias que han ido surgiendo en la sociedad. Es por ello que las familias poseen características propias según el tiempo en el que se han desempeñado como tal.²²

Así tenemos que las familias denominadas clásicas o tradicionales poseen una configuración distinta a las familias modernas.

Las características de la familia tradicional o clásica se conservaron por muchos años, a partir del siglo XIX y predominó en la sociedad

occidental, hasta promediar los años ochenta del siglo XX; las cuales poseen características como:

- ✓ Roles y funciones bien definidos,
- ✓ Padres heterosexuales,
- ✓ El padre como jefe o cabeza de la familia,
- ✓ El padre es el proveedor principal del sustento de la familia,
- ✓ La madre con un rol definido de cuidar a los hijos y mantener la casa, no trabaja en el exterior del hogar,
- ✓ Creación y mantenimiento de matrimonios según las normas o pautas católicas.

Debido a la evolución que ha ido experimentando la sociedad, todos los componentes que se encuentran inmersos en ella se han visto obligados a realizar cambios que los ayuden a adaptarse. Es así que se debe reconocer el valor adaptativo de las familias de hoy ante los nuevos requerimientos sociales.

Así es que las familias denominadas modernas poseen características tales como:

- ✓ Reducción de sus funciones sociales,
- ✓ Disminución de su tamaño,
- ✓ Nuclearización,
- ✓ Pérdida de autoridad parental,
- ✓ Progresiva emancipación de la mujer y su consecuente incremento en el acceso al mundo laboral,
- ✓ Descensos de la nupcialidad y de la fecundidad,
- ✓ Aumento de divorcios y separaciones, de familias monoparentales o multiculturales, de hogares unipersonales,

- ✓ Hijos que no se emancipan hasta la treintena.

A pesar de que las familias han ido perdiendo su esencia y a nivel mundial se habla de que han entrado en crisis, no han dejado de adaptarse a las nuevas circunstancias sociales y continuaran siendo importantes económica, social, psicológica y emocionalmente durante las próximas generaciones.

El sistema familiar no cambia con rapidez ni de forma homogénea en todos los estratos sociales, pero no cabe duda de que la familia continuará siendo significativa para el individuo, pues proporciona un tipo de ayuda que no aporta ningún otro tipo de institución o relaciones.

c. Tipos de familia

Cada familia posee un grado de parentesco entre sus integrantes; la cual le otorga características que la hace singular ante la sociedad y en virtud a ello, es que tienen una interacción particular en su interior.²³

En función a ello es que existen los siguientes tipos de familia:

- ✓ Familia nuclear: conformada exclusivamente por los padres e hijos solteros, sin que en su interior exista ningún otro familiar.
- ✓ Familia extendida: es aquella donde conviven, además de los padres e hijos, otros parientes como los tíos, abuelos, etc.
- ✓ Familia monoparental: surge a partir de la falta de uno de los integrantes de la familia por causas como fallecimiento o separación.
- ✓ Familia reconstituida o simultánea: es aquella en la cual conviven el padre o madre, separados y su actual pareja, en compañía de los hijos de una o más uniones anteriores de cada uno de ellos.

d. Funciones de la familia

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con la preservación de la vida humana, con su desarrollo y bienestar.²⁴

En virtud a ello, la familia cumple determinadas funciones:

- ✓ Función biológica o reproductiva: la familia garantiza y ampara la procreación del género humano; con ello se asegura la mantención de la especie y de la sociedad; lo cual se basa en las relaciones afectivas, de apoyo y el amor que se prolonga y proyecta en la descendencia.
- ✓ Función socializadora: el ser humano es un ser social por naturaleza; proceso que inicia en la familia. Allí se dan los primeros lineamientos para la posterior actuación de solidaridad, de justicia, el cultivo de habilidades y destrezas que serán puestas al servicio y en bien de la colectividad.
- ✓ Función educadora: aquí se destaca el hecho de que la educación está formada por un conjunto de normas de conducta, hábitos, aptitudes e informaciones que el niño lo va asimilando de su hogar, la escuela y la comunidad; conjunto de habilidades y comportamientos que necesitan para vivir junto a los demás integrantes de la comunidad.
- ✓ Función económica: esta función está relacionada con las actividades que realiza la familia con el fin de adquirir los bienes y servicios necesarios para garantizar la subsistencia.
- ✓ Función recreativa: la familia cumple responsabilidades serias y que implican destrezas y esfuerzo por parte de quienes las

desempeñan; por lo que tiene que existir un momento destinado al sano esparcimiento, con el objetivo de promover la integración y el desarrollo holístico de los integrantes de dicha familia.

e. Enfoques teóricos sobre familia

La familia ha sido una de las entidades más abordadas por diversos autores y asimismo, ha sido ampliamente estudiada desde distintos puntos de vista y según los aportes de las ciencias de diferentes áreas.

Para comprender los procesos que vivencia la familia, es necesario conocer las perspectivas y/o enfoques teóricos que abordan dicha temática; lo cual nos permitirá entender una situación determinada desde puntos de vista diferentes, ampliando nuestra visión.

Debido a ello, es que en la actualidad existen diversos enfoques teóricos que permiten comprender a las familias. Sin embargo aquellos que han tenido mayor impacto han sido los que han considerado a las familias como interacción, como sistema y como construcción social.²⁵

- ✓ Las familias como interacción: parte del hecho de que las familias crean ciertas pautas con las que se relacionan unos con otros para lograr los objetivos propuestos; sean a nivel grupal o individual.

Así es que las interacciones sociales han sido clasificadas en:

- Simbólicas (interaccionismo simbólico): refiere que cada persona se relaciona con otra en base a los símbolos con los que esa persona interpreta la realidad en la que vive.
- Conflictivas (teoría del conflicto): nos dice que el conflicto consiste en un proceso de fuerzas asociativas y sus contrarias que otorgarían unidad y coherencia a la sociedad; con la

condición de que éstas se regulen mediante normativas, teniendo claro que la naturaleza de las familias es conflictiva.

- De intercambio (teoría del intercambio): nos explica que los seres humanos actuamos incentivados por beneficios que podamos obtener de nuestras acciones.
- ✓ Las familias como sistemas: este enfoque teórico nos refiere que la estabilidad y el orden son considerados deseables, mientras que el conflicto y el desorden implican desviación en el sistema. La teoría se enfoca en las conexiones entre las distintas partes del sistema; donde cada parte apoya o desvirtúa el funcionamiento del sistema. En esta perspectiva, las familias pueden ser abordadas mediante:
 - La teoría del desarrollo familiar: esta teoría aborda el desarrollo de la familia en su totalidad; siendo el principal interés el desarrollo de las mismas como grupos que se encuentran en constante interacción; organizadas en base a normas sociales.
 - La teoría de los sistemas familiares: partiendo de que la familia es un sistema social dinámico con metas y es autorregulable; es que cada sistema familiar posee características particulares, características propias de cada integrante de la familia y su posición sociocultural.
 - La ecología del desarrollo humano: esta perspectiva considera a las familias como sistemas interdependientes del contexto físico – biológico y de su entorno sociocultural.
- ✓ Las familias como construcción social: se basa en los postulados de la fenomenología y en menor medida, en la construcción social de la realidad.
 - Fenomenología y construcción social de la realidad: la vida familiar está constituida por el repertorio de significados

utilizados para organizar las relaciones sociales; por lo que las familias se entendería en términos de acciones, actividades y prácticas que vinculan significados a la conducta familiar.

- Pensamiento crítico y enfoque de género: las familias se entienden como una ideología que determinan las relaciones de género y en su interior se legitiman las ideas pertenecientes a cada sexo.

B. Aspectos teóricos de la dinámica familiar

Saul Franco Agudelo, en su obra “Violencia intrafamiliar, cotidianidad oculta”, hace alusión a tres aspectos básicos relacionados con la familia; el primero hace referencia a que la familia es cambiante estructuralmente en función al periodo histórico y social que vivencian; el segundo alude a que en el grupo familiar se da el proceso de socialización primario cuyo objetivo consiste en que los hijos se comporten de acuerdo a las exigencias vigentes del contexto y el tercero, hace referencia a que todo grupo familiar tiene una dinámica interna y externa.²

a. Definición de dinámica familiar

Al hablar de dinámica familiar es importante definir el concepto de dinámica; que es entendido como la interacción y el proceso que se genera al interior de un grupo.

En éste contexto el concepto de dinámica familiar es interpretado como el manejo de interacciones y relaciones de los miembros de la familia que otorgan una determinada organización al grupo, estableciendo para el funcionamiento de la vida en familia, normas que

regulen el desempeño de tareas, funciones y roles, además de involucrar una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre cada miembro de la familia; lo cual permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.³

Así la dinámica familiar se define bajo los conceptos de estructura y composición familiar, tipos de familia, relaciones familiares, funciones de la familia, comunicación, reglas, normas y valores.

En general podemos decir que la dinámica familiar alude a las formas en que las familias comunican y coexisten; siendo así que cada familia posee un patrón distinto de relacionarse entre sí, pudiendo ser positivo o negativo.

Existen condiciones mínimas para el logro de una sana dinámica familiar:

- ✓ La existencia de normas de convivencia claras al interior de la familia,
- ✓ Contar con mecanismos adecuados para enfrentar conflictos al interior de la familia,
- ✓ La existencia de una distribución equitativa de las tareas del hogar.

b. Dimensiones de la dinámica familiar

Según el Modelo Circunflejo desarrollado por David Olson, la dinámica familiar está conformada por una serie de dimensiones tales como: la comunicación, el clima afectivo, la cohesión y la adaptabilidad.

Se tienen en cuenta estas dimensiones debido a la importancia que se le han otorgado en diversas investigaciones.

b.1. Comunicación

La comunicación es un punto crucial debido a que las relaciones familiares se fundamentan en el intercambio de pensamientos, emociones y sentires entre las personas vinculadas al grupo familiar; los cuales son exteriorizados mediante la acción y/o lenguaje verbal o no verbal.²⁶

La comunicación familiar, en última instancia, refleja el grado o la medida en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros, y también cuánto la familia ha avanzado en la elaboración de sus límites y espacios individuales.

Dicha dimensión está conformada por tres elementos básicos como son:

- ✓ Tipos: hace referencia a la forma verbal, donde se expresan ideas mediante las palabras y, la forma no verbal, donde predomina el lenguaje gestual y corporal.
- ✓ Estilos: comprende el estilo agresivo, en el cual se imponen las necesidades y deseos propios por encima de los de las otras personas de manera impositiva y sin razón justificable; generando tensiones y malestares que afectan la tranquilidad y, el estilo asertivo, mediante el cual se pueden transmitir las necesidades o deseos de forma madura y racional, sin generar rechazo o malestar en las demás personas.

- ✓ Cualidades: incluye a la empatía, entendida como sentimientos de interés y compasión orientados hacia la otra persona como resultado de tomar conciencia del sufrimiento de ésta; lo cual implica tomar contacto con el estado interno de la otra persona. Otra cualidad es la escucha activa que se relaciona con el esfuerzo físico y mental de querer captar con atención la totalidad del mensaje emitido; tratando de interpretar el significado correcto del mismo, lo cual nos capacita para entender lo que se ha dicho y brindarle la seguridad al interlocutor de que se siente bien interpretado.

El paciente psiquiátrico se comunica constantemente. Cada uno de sus síntomas nos transmite una señal que nos informa y compromete a dar una respuesta; por lo que debemos observar cómo se comunica de manera verbal y no verbal ya que ambos nos darán datos significativos y nos ayudará a comprenderlo.

En la depresión, la comunicación tiende a estar inhibida; por lo que resulta frecuente que a los pacientes les cueste hablar. Entonces lo que de manera no verbal nos esté comunicando, es muy importante porque evidencia su estado de ánimo.

Al ser la comunicación un gran recurso que brinda la oportunidad de expresión a las personas, debe poseer características que la faciliten en toda oportunidad; con mucha más razón al interior del ámbito familiar de los pacientes con depresión para propiciar un ambiente de convivencia agradable.

b.2. Afecto

El intercambio afectivo es una de las interacciones más importantes en la vida del ser humano; debido a que el sentirse amado, respetado y reconocido, potencia la satisfacción personal y el desarrollo humano al interior del grupo familiar. Asimismo, el afecto es clave para comprender la dinámica familiar.²⁶

En coherencia con las ideas expresadas, las personas desean ser amados, reconocidos y visibilizados, para ello actúan de acuerdo a los requerimientos del entorno, es decir, sus comportamientos los enfocan a satisfacer las exigencias y demandas sociales con el fin de no perder el cariño de las personas que consideran significativas.

El afecto necesita de los medios necesarios para ser transmitido, como las caricias, los besos, abrazos y expresiones verbales que contengan connotación de cariño; mediante los cuales la persona se siente querida y valorada por su entorno inmediato.

Sin embargo, existen circunstancias donde la persona experimenta estados aversivos relacionados al afecto tales como la angustia, el enojo, el temor, la tristeza, la preocupación, la autocrítica, entre otros; que también son manifestaciones afectivas pero de connotación negativa y que pueden comprometer hasta el estado físico de la persona, situación vivenciada en los casos de trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión.

La interacción afectiva resulta un elemento facilitador para una dinámica familiar armónica y que posibilita interacciones saludables entre los integrantes de la familia. Establecer lazos afectivos positivos

incrementa el sentimiento de pertenencia y afianza la autoestima; puntos clave para la recuperación del paciente con depresión.

b.3. Cohesión

La cohesión es una de las dimensiones centrales de la dinámica familiar y se define como la proximidad, vínculo o lazo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí.²⁶

El grado de cohesión está relacionado con la diferenciación de cada uno de sus miembros. Así tenemos que una diferenciación extrema amenaza con desintegrar la familia y una cohesión excesiva amenaza con destruir el espacio para el crecimiento personal.

En este componente destacan aspectos que son susceptibles de evaluación, como:

- ✓ Vinculación emocional, que puede ser estrecha o desligada,
- ✓ Límites, manifestados de manera definida o difusa,
- ✓ Toma de decisiones, la cual se puede llevar a cabo en consenso o de forma individual,
- ✓ Tiempo y espacio, que se puede o no compartir con la familia,
- ✓ Intereses, ya sean compartidos o individuales según el bienestar y beneficio que se desea lograr,
- ✓ Recreación, que involucra aspectos como la frecuencia con la cual se realiza y la importancia que se le confiere dentro de la familia.

Se pueden distinguir cuatro niveles de cohesión que permiten diferenciar tipos de familias como:

- ✓ Desligadas (cohesión muy baja),
- ✓ Separadas (cohesión baja a moderada),
- ✓ Unidas (cohesión moderada a alta),
- ✓ Aglutinadas (cohesión muy alta).

De los dos primeros niveles de cohesión, se desprenden las familias desligadas y separadas; las cuales se caracterizan por favorecer un alto grado de autonomía, donde cada persona actúa libremente con escaso apego o compromiso con su familia. Mientras que, de los dos últimos niveles de cohesión, se desprenden las familias unidas y aglutinadas; que se caracterizan por una sobre identificación con la familia, con cierta fusión psicológica y emocional, y con exigencia de lealtad y consenso que frenan la independencia e individuación de sus miembros.

La importancia de una familia cohesionada de forma apropiada reside en que brinda al paciente con depresión, la oportunidad de sentirse parte de un grupo donde vivencia experiencias que lo acercan más a ella pero a la vez, es el ambiente en el que obtendrá la independencia y madurez emocional necesarias para adquirir autonomía.

b.4. Adaptabilidad

Se la conoce también como la flexibilidad y se define como la habilidad del sistema para cambiar su estructura de poder, la dinámica entre los roles y las reglas de las relaciones familiares en respuesta a estresores evolutivos (propios del desarrollo) y situacionales.²⁶

Dentro de esta dimensión están inmersos ciertos parámetros que la conforman:

- ✓ Poder (asertividad, control y disciplina),
- ✓ Estilos de negociación,
- ✓ Posible intercambio y modificación de roles y reglas de relaciones.

Se pueden distinguir cuatro niveles de adaptabilidad que permiten diferenciar distintos tipos de familias como:

- ✓ Rígida: caracterizada por tener un liderazgo autoritario, fuerte control parental; donde la disciplina es rígida y su aplicación es autocrática.
- ✓ Estructurada: caracterizada por un liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario; donde la disciplina es un tanto democrática, los padres toman las decisiones, los roles están establecidos pero pueden compartirse y las reglas y normas se hacen cumplir firmemente y pocas pueden cambiar.
- ✓ Flexible: existe liderazgo autoritario, siendo algunas veces igualitario, la disciplina es algo severa pero negociable, usualmente es democrática, comparten los roles y las reglas se hacen cumplir con flexibilidad y algunas cambian.
- ✓ Caótica: caracterizada por un tipo de liderazgo limitado o ineficaz, la disciplina es poco severa, las decisiones parentales son impulsivas, hay falta de claridad en los roles y hay frecuentes cambios en las reglas, las cuales se cumplen sin consistencia.

En este componente destacan aspectos que son susceptibles de evaluación, como:

❖ **Respuesta a conflictos**

La solución de problemas se verifica cuando las personas logran pasar por las siete etapas identificadas de resolución:

- ✓ Identificación del problema,
- ✓ Comunicación del problema a la persona adecuada,
- ✓ Desarrollo de acciones alternativas,
- ✓ Decisión de una alternativa,
- ✓ Ejecución de la misma,
- ✓ Vigilancia y observación de la alternativa,
- ✓ Evaluación del éxito.

Hay mayor eficacia de la familia cuando pasa por las siete etapas; existiendo dos posibles categorías de clasificación:

- ✓ Baja, puede haber dificultad en la resolución de problemas,
- ✓ Alta, donde fácilmente resuelven sus problemas.

❖ **Roles familiares**

Cada persona en la familia desempeña una variedad de roles que se integran en la estructura interna y se refieren a la totalidad de las expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de sus miembros.

Los roles poseen la capacidad de ordenar la estructura de las relaciones de la familia y estos deben ser flexibles.

La asignación de roles en una familia se efectúa en virtud de la posición de los miembros en los subsistemas.

En torno a ello, se pueden diferenciar dos posibles categorías:

- ✓ Compartido (roles establecidos que pueden flexibilizarse de acuerdo a cada situación),
- ✓ Estereotipados (siguen un modelo transgeneracional y se encuentran establecidos de manera rígida).

❖ **Autoridad en el hogar**

Las reglas, necesarias para cualquier estructura de relaciones, son la expresión observable de los valores de la familia y la sociedad. Es decir, las reglas representan un conjunto de prescripciones de conducta que definen las relaciones y organizan la manera en que los miembros de la familia interactúan.

En general se definen como acuerdos de relación que prescriben y limitan las conductas de los individuos en una amplia variedad de esferas, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable; regulando los vínculos familiares.

Lo ideal es que las normas se decidan en conjunto, con todos los integrantes de la familia a fin de evitar inconformidades o imposición de criterios; fomentando las desavenencias internas y alterando la armonía.

Otro elemento esencial de la autoridad es la presencia de una persona que dirija el hogar, que conduzca y guíe la conducta y actuar de sus miembros, no para hacer prevalecer sus ideas o se convierta en alguien que mande a los demás sino para que exista orden y no se quebrante la estructura y organización interna de la familia; debiendo fundamentar su función en el amor, respeto y justicia.

Así, la autoridad en el hogar puede ser:

- ✓ Explícita, es decir, los integrantes de la familia perciben la existencia de normas y de una persona que dirige el hogar, de manera tangible,
- ✓ Apropiaada, que hace alusión a la pertinencia o no de las normas adoptadas por la familia para mantener el orden y homeostasis interna según la circunstancia que se presente.

Esta dimensión se convierte en un punto clave para el tratamiento del paciente con depresión porque en la capacidad de adaptación a la nueva situación que vivencia la familia en su totalidad, reside gran parte del éxito del mismo.

Es probable que la persona ya no pueda llevar a cabo todas sus actividades y se hace necesario que alguien la apoye para poder realizarlas hasta que nuevamente pueda retomarlas con normalidad. De igual manera, las reglas o normas que se establezcan o las ya existentes, deberán considerar la vulnerabilidad del paciente.

Si la familia no modifica su accionar en concordancia con la enfermedad de uno de sus integrantes, podrían suscitarse situaciones de tensión y estrés que influirán de manera negativa en el proceso de recuperación.

c. El impacto de la dinámica familiar en la salud mental

La familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios que son producidos tanto desde el exterior como desde el interior y que pueden conllevar a modificaciones estructurales y funcionales; las que inciden en el bienestar de la salud familiar.

A lo largo de la vida se van dando diversas circunstancias, entre positivas y negativas; donde las negativas constituyen momentos decisivos puesto que, o fortalecen o debilitan a quienes las pasan, generando crisis a nivel personal y familiar.

Las crisis no sólo se derivan de los eventos negativos, traumáticos, desagradables, sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera modificaciones.²⁷

Pueden estar relacionadas con el tránsito por las etapas del ciclo vital; que son las crisis llamadas normativas, derivadas del enfrentamiento a los eventos de vida; tales como el matrimonio, el embarazo o la jubilación, entre otros.

Otro tipo son las crisis no normativas; que se derivan de la ocurrencia de eventos accidentales, tales como el desmembramiento, la desorganización, la desmoralización, entre otros. Estas crisis suelen tener un impacto muy desfavorable en la dinámica familiar y en la mayoría de los casos las familias y/o sus miembros requieren de atención psicológica o psiquiátrica.

Existen familias que asumen estilos de afrontamientos ajustados ante determinadas situaciones conflictivas, son capaces de utilizar mecanismos estabilizadores que le proporcionen salud y bienestar; pero hay otras que no pueden enfrentar las crisis por sí solas, a veces pierden el control, no tienen las suficientes fuerzas y manifiestan desajustes, desequilibrios; que condicionan cambios en el proceso salud – enfermedad y específicamente en el funcionamiento familiar.

El funcionamiento familiar se expresa por la forma en que el sistema familiar, como grupo, es capaz de enfrentar las crisis, valorar la forma en que se permiten las expresiones de afecto, el crecimiento individual de sus miembros y la interacción entre ellos, basándose en el respeto, la autonomía y el espacio del otro.

C. Situación de la salud mental en el Perú

La salud mental constituye la convergencia de un conjunto de factores que se manifiestan en el bienestar subjetivo de la persona, en el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente; mientras que el desequilibrio de estos factores se expresa en desórdenes de índole mental.

Siendo la salud mental una dimensión inseparable de la salud integral, se convierte en el núcleo central para el desarrollo equilibrado de toda la vida; la cual desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social, siendo un factor preponderante e indispensable para la inclusión social y la plena participación en la comunidad.

Relacionado a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que 450 millones de personas experimentan problemas mentales o de origen neurológico a nivel mundial; constituyendo cinco de las diez principales causas de discapacidad.²⁸

En el Perú, los problemas de salud mental se están agudizando cada vez más. En líneas generales, las ciudades con mayores problemas de salud mental corresponden a Ayacucho, Puno, Lima,

Tacna y Puerto Maldonado; mientras que las ciudades con mejor salud mental corresponden a las ciudades de Tarapoto, Chimbote, Trujillo, Piura y Arequipa; según lo reportado por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD – HN).⁶

Asimismo, destaca el hecho de que los trastornos mentales, en especial la depresión y los trastornos de ansiedad, se han convertido en serios problemas de salud pública en todo el país; existiendo más de dos millones y medio de personas que los padecen.

En Lima, la depresión clínica es el trastorno psiquiátrico más frecuente seguido por el trastorno de ansiedad generalizada y el abuso/dependencia hacia el alcohol.

En el interior del país, el problema psiquiátrico más frecuente es el abuso/dependencia hacia el alcohol; particularmente en Ayacucho, Puerto Maldonado y Tumbes, seguido por la depresión clínica y el trastorno de ansiedad generalizada.

La pobreza se encuentra asociada a una peor salud mental tanto en indicadores de salud mental negativa, como indicadores de salud mental positiva.

Con respecto a la violencia hacia la mujer, las ciudades con mayor prevalencia de abuso sistemático corresponde a Lima, Puerto Maldonado, Tumbes y Ayacucho; donde se encontró una relación entre escolaridad, estado civil, lengua materna y la presencia de maltrato en el periodo de enamoramiento.

Otro aspecto a destacar es que en Lima, cerca de la cuarta parte de las personas que percibieron problemas de salud mental en los últimos

seis meses ha recibido atención; mientras que en el resto del país sólo recibieron atención el 13%.

La mayoría de los pacientes no acuden a centros especializados, sino a centros de salud u hospitales generales; existiendo un significativo prejuicio en relación al tratamiento debido a las connotaciones negativas que poseen los trastornos mentales.

Con relación a las patologías psiquiátricas más frecuentes, el INSM HD – HN refiere que la prevalencia de cualquier trastorno psiquiátrico es de un 37,3%, el de la ansiedad generalizada es de 25,3% y el de la depresión en general es del 19%.

Por otro lado, la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2010 reportó que los problemas centrales a nivel nacional son la ansiedad y depresión; las mismas que se presentan en todos los sectores socioeconómicos con mayor presencia en Arequipa, Cusco, La Libertad, Callao y Lima Metropolitana.²⁹

Es por ello que el MINSA estableció, mediante la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA del 27 de Julio del 2004, la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz como una de las doce estrategias sanitarias prioritarias; cuya misión es la de promover una salud mental satisfactoria y una cultura de paz en las diversas poblaciones del país, previniendo y enfrentando los problemas y reparando daños en la salud mental individual, colectiva y comunitaria mediante la conducción de políticas efectivas, la planificación estratégica, la concertación con diversos actores y la intervención eficaz y eficiente.

a. Generalidades de la depresión

La depresión ha acompañado al ser humano como realidad clínica a lo largo de la historia; siendo una entidad que ha estado presente desde la antigüedad, pasando por diversas concepciones, enfoques y hasta denominaciones.

Así para los hipocráticos llamaban melancolía a la depresión y estaba caracterizada por la desesperación, el insomnio, la irritabilidad e intranquilidad a lo que se le sumaba un ánimo triste.

Mientras que en esta época, la depresión se halla bien definida en el plano académico y clínico; es así que se cuenta con un buen conocimiento de su bioquímica como también del mecanismo de acción de los fármacos que la combaten, además de que existen métodos eficaces de diagnóstico y tratamiento racional basados en el método científico.

Actualmente, la depresión se encuentra cerca de los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes en los estudios de carga global de enfermedad; lo que ha generado un aumento a nivel mundial en la necesidad de contener a la depresión y otras enfermedades mentales.

La depresión, definida clínicamente como una alteración patológica del estado de ánimo, es un trastorno afectivo que se manifiesta mediante una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de tristeza o angustia que trasciende la esfera de lo considerado normal; que persisten por lo menos dos semanas.⁴

Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre los mismos.

Al respecto, Steven Hollon y Aaron Beck definen la depresión como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva; considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son las causas principales del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.³⁰

Mientras que para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es una enfermedad mental manifestada por una serie de síntomas como el estado de ánimo venido a menos, pérdida de interés o placer, energía disminuida, sentimientos de culpa o baja autoestima, entre otros; pudiéndose volver crónico y afectando al individuo para llevar a cabo sus tareas diarias.³¹

Según lo establecido por la Asociación Americana de Psiquiatría en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales – Quinta Edición (DSM – V), la severidad del trastorno depresivo se puede clasificar de la siguiente manera:³²

- ✓ **Depresión leve:** la sintomatología depresiva sólo genera una pequeña alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones interpersonales y puede abarcar un periodo de tiempo comprendido entre los seis meses hasta un año.
- ✓ **Depresión moderada:** los síntomas generan una alteración en la funcionalidad o las actividades sociales o en sus relaciones

interpersonales; sin llegar a ser severo y abarca de uno hasta dos años.

- ✓ **Depresión severa o grave:** la sintomatología depresiva genera una gran alteración en la funcionalidad de la vida cotidiana del sujeto e incluso podría existir ideación suicida o síntomas psicóticos y suele adquirir un carácter recurrente a lo largo de la vida de la persona una vez que se dio el primer episodio.

El tratamiento antidepresivo consta de dos elementos claves como son los fármacos y la intervención psicoterapéutica.

El tratamiento farmacológico se indica en todos los casos de depresión, de leve a grave, para lograr la remisión total de los síntomas y el restablecimiento funcional; con lo que se disminuye el riesgo de recaídas y recurrencias mejorando el pronóstico. La respuesta antidepresiva inicia en un lapso comprendido entre cuatro a seis semanas de recibir el fármaco.³³

Mientras que la intervención psicoterapéutica incluye una serie de terapias como la cognitivo – conductual, de resolución de problemas, psicodinamia, entre otras.³³ Según la severidad de la depresión, se escogerá el tipo de terapia más adecuada; variando el número de sesiones.

b. Aspectos epidemiológicos de la depresión

La salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es el estado de bienestar que permite a cada individuo realizar su potencial, enfrentarse a las dificultades usuales de la vida, trabajar productiva y fructíferamente y contribuir con su comunidad.³⁴

Por lo tanto, si la salud mental no es adecuada, frena el desarrollo de las personas, obstaculiza el actuar diario, constituye un entrapamiento para solucionar los problemas y no permite avanzar con el proyecto de vida que se ha trazado la persona; lo que influencia negativamente en la totalidad de su vida, merma su productividad y compromiso cívico con la nación, como sucede cuando una persona se ve afectada por la depresión.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013, la depresión afecta en el mundo a unos 350 millones de personas y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. Además, es previsible que para el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares.⁵

Del mismo modo, dicha entidad asevera que cada año se suicidan más de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de quince a veintinueve años. A lo que hay que agregarle el hecho de que a pesar de existir tratamientos eficaces para la depresión, más de la mitad de los afectados en todo el mundo (y más del 90% en muchos países) no recibe esos tratamientos.

La prevalencia de este trastorno es variable según el país estudiado y así, el National Comorbidity Survey Replication americano, observó que un 16,2% de las personas presentaron un trastorno depresivo mayor en algún momento de su vida y que un 6,6% lo presentaron en los últimos doce meses.³⁵

Las enfermedades mentales y los trastornos mentales comunes, como la ansiedad y la depresión, son frecuentes en la realidad peruana.

Elo lo confirman los estudios epidemiológicos realizados por el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”; cuyos resultados confirman los hallazgos de otros países, donde se evidencia que hasta el 37% de la población tiene la probabilidad de sufrir un trastorno mental alguna vez en su vida y asimismo, la prevalencia de depresión en Lima Metropolitana es de 18,2%, en la sierra es de 16,2% y en la selva de 21,4%.

Asimismo, la depresión y otras enfermedades mentales no atendidas, así como el alto nivel de sentimientos negativos; dieron como resultado que en un mes, el 1% de las personas de Lima Metropolitana, 0,7% en la sierra y 0,6% en la selva presentaron intentos de suicidio.

En relación a ello, el INSM HD – HN calcula que en el Perú se presentan entre uno y tres suicidios por día, pero sólo un 8,9% de peruanos en algún momento de su vida ha tenido deseos de quitarse la vida. En el 95% de los casos, esta problemática se relaciona con un trastorno mental que nunca ha recibido atención médica; correspondiendo el 70% de los mencionados casos a personas con depresión.

c. Apoyo familiar y social al paciente con depresión

A pesar de todos los cambios sociales de los últimos tiempos, la familia sigue siendo el lugar al que recurrimos los individuos para satisfacer nuestras necesidades de salud física y emocional, además de brindar seguridad y bienestar; pero, a pesar de ello, es frecuente que se le dé poco valor al papel que desempeña el entorno familiar en los procesos de salud y enfermedad.

Sin embargo, la familia posee influencia en la salud debido a que:

- ✓ Es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud,
- ✓ Las tensiones que sufre la familia en el esfuerzo de adaptarse a las distintas etapas vitales por las que atraviesa, pueden afectar la salud de sus integrantes,
- ✓ La familia y sus integrantes pueden sufrir los déficits y las sobrecargas de la convivencia con el enfermo; aumentando el riesgo de desarrollar sus propios síntomas,
- ✓ Las familias son un recurso valioso y una fuente de apoyo para el adecuado tratamiento de la enfermedad.

En virtud a ello, diversos estudios avalan la idea de que cuando una persona se encuentra atravesando algún tipo de trastorno depresivo, la presencia de apoyo de familia y amigos se asocia a una mejor recuperación. Incluso, en lo referente al tratamiento, tener una satisfactoria relación de pareja mejora la respuesta a los antidepresivos (cuando éstos están indicados), además de mejorar la adherencia al tratamiento.³⁶

Es así que la familia puede ayudar en el mejoramiento de la salud de sus integrantes con trastornos depresivos.

De igual modo, se ha investigado que las familias que entienden que la depresión tiene un componente biológico, favorecen más la adherencia al tratamiento de los enfermos en relación con las que interpretan el cuadro sólo como un problema adaptativo o interpersonal.

A través de los profesionales que atienden al paciente con depresión, la familia debe obtener información para comprender la enfermedad, recibir instrucciones para saber qué hacer y qué no hacer, aprender a prestarle apoyo a su familiar; resaltando en todo momento los logros que el paciente pueda tener, por muy pequeños que sea.

A su vez, la familia puede cooperar aportando información sobre la estructura y funcionamiento familiar. Debe contribuir a que el paciente realice correctamente el tratamiento y acuda a sus citas de seguimiento; avisando de la aparición de síntomas de alarma.

Dos situaciones en las que el papel de la familia es más relevante son en el caso de que su familiar con depresión necesite internamiento o manifieste ideas de suicidio.

En esos casos, no debe existir miedo a preguntarle sobre sus intenciones. Si la persona hace comentarios en este sentido y en el caso de que las ideas de suicidio sean persistentes o existan indicios de que tenga un plan elaborado para matarse, no dejarlo solo jamás ni al alcance de objetos que pudieran constituir peligro e inmediatamente buscar ayuda; siendo indispensable una vigilancia más estricta durante las primeras semanas de tratamiento por el riesgo a desistir del mismo.

La atención del familiar deprimido no puede reducir el necesario autocuidado de los propios familiares; siendo importante afrontar las preocupaciones y sentimientos de los distintos miembros de familia, prestarse apoyo mutuo e intentar controlar las situaciones generadoras de estrés para evitar el cansancio del o los cuidadores. Esto incluye mantener espacios de ocio o aficiones debido a que los familiares

agotados o que renuncian a su propia vida, serán de poca ayuda y tenderán a culpabilizar al enfermo; perpetuando la situación.³⁷

Otro aspecto importante es luchar contra el estigma de la enfermedad mental, manifestado en el miedo a los juicios de amigos y vecinos y el sentimiento de vergüenza ante una enfermedad que no siempre se comprende; lo que puede favorecer conductas de ocultación y aislamiento que en nada benefician la recuperación, siendo necesario pedir ayuda para enfrentar dicha situación.

D. Rol del profesional de enfermería en la salud mental

La salud mental y psiquiatría constituye una de las áreas de desempeño profesional enfermero, donde se necesita comprender el comportamiento humano para prevenir e intervenir en la aparición de trastornos mentales y sus posibles consecuencias; siendo indispensable poseer una visión de la persona como un ser único, integral, con potencialidades para desarrollarse y adaptarse a las diversas circunstancias que pueden presentarse y, a la vez, comprender que dicha persona puede verse influenciado por el entorno familiar y social.³⁸

A pesar de que las funciones que debe realizar y cumplir el profesional de enfermería en el área de salud mental y psiquiatría no poseen diferencias sustanciales en relación con otras áreas, debe contar con muy buenas bases para optimizar su desempeño en los roles funcionales que le corresponden como administrador, educador, investigador y proveedor de cuidados a nivel de persona, familia y comunidad en todo lo vinculado a la dimensión psicológica y afectiva; lo

cual se plasmará mediante acciones a nivel de prevención primaria, secundaria y terciaria debido a que la salud mental es algo inherente a todos los seres humanos y como tal, debe estar presente en todas las intervenciones de enfermería.³⁹

Así tenemos que en la prevención primaria se acentúa la promoción de un desarrollo sano de la personalidad del individuo que incluye el establecimiento de pautas de crianza, adquisición y formación de habilidades sociales, manejo de crisis vitales, entre otros. De igual modo, se busca un desarrollo apropiado de la familia y la comunidad a través de la reducción de factores de riesgo; teniendo como hecho preponderante que la promoción en salud mental es una responsabilidad de todos y especialmente de los profesionales preparados para el área. Es así que el profesional de enfermería, como miembro del equipo de salud, debe estar en capacidad de evaluar los factores de riesgo psicosociales predominantes en la comunidad o en grupos vulnerables, para luego plantear acciones de intervención; pudiéndose realizar estas acciones a nivel individual o grupal recurriendo a diversas formas de abordaje.

Es así que mediante estas acciones se pueden detectar precozmente, problemas de salud mental y, de la valoración que se haga, dependerán las acciones siguientes que pueden incluir una atención individualizada mediante consejería y la posterior derivación hacia otros profesionales para tratar el problema, según lo amerite el caso.

De la misma manera, es necesaria la intervención de enfermería ante casos que implican el desencadenamiento de una crisis derivada

de una situación de enfermedad, de hospitalización o de muerte y, por ser el profesional que permanece por más tiempo cerca del paciente, es el llamado a intervenir más prontamente.

En cuanto a la prevención secundaria, se siguen implementando acciones de enfermería teniendo en cuenta el incremento de los trastornos mentales como la depresión, la ansiedad, la neurosis, entre otros; por tal razón se siguen formando recursos humanos capacitados en este campo.

Las acciones de prevención secundaria en el campo de la salud mental tienen como objetivo el reducir la prevalencia del trastorno mental a través del diagnóstico precoz y tratamiento eficaz y facilitando el acceso a los servicios que ofrecen; teniendo en cuenta que en este nivel se encuentran enmarcados los cuidados ofrecidos durante la estancia hospitalaria, donde enfermería vela por el cuidado óptimo del paciente propiciando oportunidades para la expresión de sus emociones y sentimientos. En concordancia a ello, es sumamente importante ejecutar al máximo la capacidad de observación y el manejo de técnicas terapéuticas de comunicación y consejería, así como la creación de un ambiente seguro para el paciente; en el cual se le brinde oportunidades de desarrollarse como ser humano único y como miembro de un grupo social.

En este nivel también se destaca la labor educativa, inherente a enfermería en todas sus acciones; la cual servirá de orientación para el paciente y su familia en relación con el cuidado, tratamiento y lo referente a las actividades de la vida diaria. Con ello se busca generar

un cambio de actitud hacia la enfermedad mental por parte del mismo paciente como de su familia.

A nivel terciario, la situación es más crítica porque las acciones de enfermería están destinadas a reducir los efectos y secuelas dejadas por la enfermedad mental. También se promueve la rehabilitación de la persona y su reinserción en la vida familiar y en el entorno social.

Sin embargo, la intervención de enfermería a este nivel no está muy desarrollada debido a que la rehabilitación y reinserción son actividades que se prefieren dejar en manos de otros profesionales; lo cual se intensifica en razón a que las acciones de enfermería se restringen a la estancia hospitalaria, sin existir un adecuado seguimiento del paciente al egresar, que es cuando más ayuda necesita para continuar con su proceso terapéutico y evitar problemas de reinserción social.

Son en estos casos cuando la familia requiere más orientación y apoyo; lo cual podría aliviarse mediante la implementación de una serie de acciones orientadas al entrenamiento de la familia para el cuidado en casa del paciente psiquiátrico.

2.1.3. Definición operacional de términos

Características de la dinámica familiar: Comportamientos relacionados a la comunicación, afecto, cohesión y adaptabilidad que refieren mantener los pacientes con diagnóstico de depresión que son atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera con sus familiares.

Paciente: Persona adulta joven o adulta madura del sexo masculino o femenino que presenta diagnóstico de depresión menor de dos años y que es atendida en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

Diagnóstico de depresión: Condición actual de estado de salud mental que presenta el paciente atendido en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera.

Consulta externa: Área del Hospital Víctor Larco Herrera donde se atiende a los pacientes con diagnóstico de depresión, de manera ambulatoria, para su tratamiento, evaluación y seguimiento por el médico psiquiatra y/o psicólogo; ya sea posterior a un proceso de hospitalización o sólo para ser tratados de forma ambulatoria.

2.2. Diseño metodológico

2.2.1. Tipo de investigación

El presente trabajo es de tipo cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de cuantificación; de nivel aplicativo al buscar la utilización de los resultados para mejorar las estrategias de intervención; método descriptivo ya que permite mostrar las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera tal como se presentan y de corte transversal porque se estudia el fenómeno en un determinado momento.

2.2.2. Población

La población estuvo constituida por los pacientes con diagnóstico médico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, considerándose el promedio mensual de la cantidad de pacientes continuadores atendidos durante los últimos seis meses en dicha área; siendo aproximadamente de 100 personas.

2.2.3. Muestra

Por ser una población finita, en la muestra se consideró a todos los elementos; para lo cual se tuvo acceso a algunos datos de los pacientes tales como diagnóstico médico, características de la enfermedad y edad, entre otros, a fin de que los mencionados cumplan con los criterios de inclusión y exclusión previamente establecidos, por lo que finalmente estuvo conformada por 50 personas.

2.2.4. Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión leve o moderada y que sean atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera (para ser tratados de forma ambulatoria o posterior a un proceso de hospitalización)
- Que convivan dentro de un grupo familiar (familia nuclear, extendida o reconstituida).
- Que sean adultos jóvenes o adultos maduros.
- Que sepan leer y escribir.
- Que hablen castellano.

- Que acepten participar voluntariamente en el estudio (previo consentimiento informado).

2.2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnóstico de depresión reciente (menor de un mes) o mayor de dos años (depresión severa).
- Que evidencien deterioro cognitivo.
- Que tengan alguna limitación para comunicarse (personas sordas o mudas).
- Que presenten enfermedades sobreagregadas a la depresión; las cuales pueden contribuir a agravar el estado de salud mental.

2.2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleó fue la encuesta y el instrumento utilizado para la recolección de datos fue una escala tipo Likert modificada (Ver Anexo C); que se diseñó teniendo en cuenta las dimensiones e indicadores y consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones, datos generales y específicos donde se incluyeron cuarenta enunciados entre positivos y negativos.

Los enunciados permitieron obtener la información mediante opciones múltiples de respuesta en términos de frecuencia (siempre, casi siempre, a veces y nunca).

2.2.7. Proceso de recolección y análisis estadístico de los datos

Las coordinaciones para la ejecución del estudio se iniciaron desde fines del mes de noviembre del 2016, visitando la sede del Hospital Víctor Larco Herrera e indagando los trámites a tener en consideración.

Para el proceso de recolección de datos se realizó el trámite administrativo mediante un oficio dirigido a la Directora del hospital con la finalidad de obtener la aprobación y autorización para aplicar el instrumento; proceso que culminó en el mes de febrero del 2017.

La aplicación del instrumento fue llevada a cabo en la sala de espera del servicio de consulta externa de la institución y fue de manera autoadministrada (se le proporcionaba el instrumento al paciente para que lo rellene); utilizándose un tiempo de treinta minutos, como máximo, por cada paciente. El abordaje del paciente se realizaba antes o después de la consulta por la cual asistió al hospital, dependiendo de la oportunidad.

Para el procesamiento de los datos se elaboró previamente una hoja de códigos (Ver Anexo H) y luego se procedió a hacer el consolidado de los mismos en una tabla (Ver Anexo I), teniendo en cuenta cada ítem del instrumento; asignándose los siguientes valores a los enunciados:

❖ Enunciados positivos:		❖ Enunciados negativos:	
▪ Siempre	4	▪ Siempre	4
▪ Casi siempre	3	▪ Casi siempre	3
▪ A veces	2	▪ A veces	2
▪ Nunca	1	▪ Nunca	1

Con la finalidad de optimizar el procesamiento, se consideraron los siguientes criterios:

- Presente: cuando las alternativas seleccionadas son siempre y casi siempre.
- Ausente: cuando las alternativas seleccionadas son a veces y nunca.

Luego se procedió a realizar la sumatoria de los puntajes totales de cada paciente para hallar el promedio aritmético mediante el uso del programa Microsoft Excell, que permitió establecer los rangos para otorgar el valor final de presente o ausente a las dimensiones e indicadores de la variable (Ver Anexo J).

Finalmente, se elaboraron tablas y gráficos estadísticos para la presentación de los resultados; que sirvieron en el análisis e interpretación de la información obtenida.

2.2.8. Validez y confiabilidad

El instrumento fue sometido a validez de contenido y constructo mediante el juicio de expertos, el cual estuvo conformado por siete profesionales: un especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la UNMSM, tres metodólogas de la UNMSM, una psicóloga de la oficina de Bienestar Universitario de la UNMSM, un psiquiatra del HVLH y una enfermera de EsSalud; quienes hicieron uso de una escala de calificación (Ver Anexo E).

Tras la obtención de los calificativos, se utilizó la prueba binomial para medir el grado de concordancia entre la opinión de los expertos. Además las sugerencias permitieron ajustar los ítems (Ver Anexo F).

La confiabilidad se determinó mediante la fórmula estadística del Alfa de Cronbach, cuyo resultado establece que el instrumento elaborado es confiable (Ver Anexo G).

2.2.9. Consideraciones éticas

En el presente estudio de investigación se tuvo en cuenta, el principio de autonomía que posee cada persona de poder decidir libremente el participar o no y, el principio de no maleficencia, el cual hace referencia a no causar ningún tipo de daño a las personas derivados del estudio.

En virtud a ello, se toman en cuenta aspectos como el anonimato y confidencialidad de los datos obtenidos; sin causar daños o perjuicios en las personas que acepten participar en el estudio.

Todo ello se concretiza mediante la firma del consentimiento informado por parte del paciente (Ver Anexo D) luego de explicar todo lo relacionado a la investigación y aclarar las posibles dudas surgidas; asegurando que la información brindada será totalmente anónima.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Resultados

Los resultados que a continuación se presentan están relacionados con los objetivos planteados, debido a que se ha investigado cuáles son las características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión que asisten a consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera en relación a la presencia o ausencia de dichas características.

3.1.1. Datos generales

Según las edades de los pacientes con diagnóstico de depresión, del 100% (50), el 54% (27) tienen entre 25 y 34 años de edad, el 30% (15) tienen entre 35 y 44 años de edad y el 16% (8) tienen entre 45 y 54 años de edad (Ver Anexo L).

Del total de pacientes con diagnóstico de depresión a quienes se les aplicó el instrumento, la mayoría estuvo conformado por el sexo femenino que representan el 64% (32); mientras que el 36% (18) pertenecen al sexo masculino (Ver Anexo L).

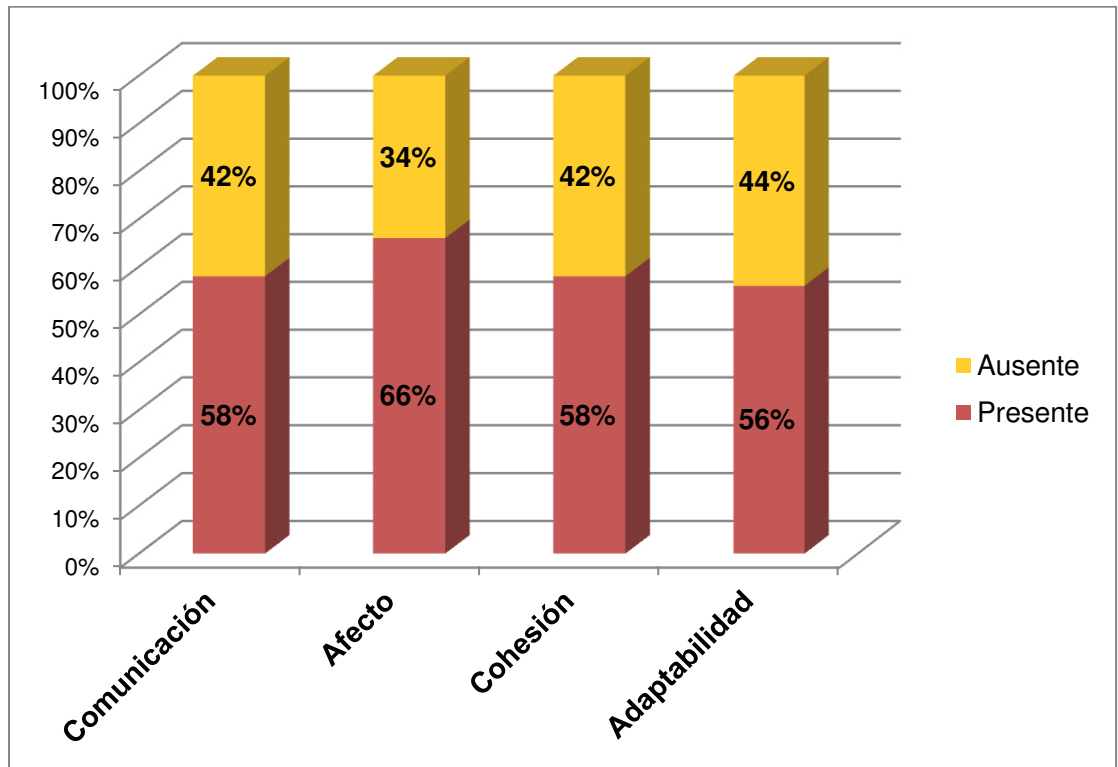
En cuanto a las personas con las que viven los pacientes con diagnóstico de depresión; la mayor cantidad de ellos vive con su esposo(a) e hijo(s), lo que representa el 22% (11), el 20% (10) vive con sus padres, mientras que el 16% (8) vive con su esposo(a)/conviviente, el 12% (6) vive sólo con uno de los padres y los que viven con los

padres y hermanos, así como los que viven con otros familiares representan el 10%(5) en ambos casos (Ver Anexo L).

Y en lo referente al tiempo de enfermedad, el 44% (22) de los pacientes padece depresión hace menos de 6 meses; mientras que, tanto los que la padecen de 6 meses a 1 año y en más de 1 año representan el 28% (14) del total de encuestados (Ver Anexo L).

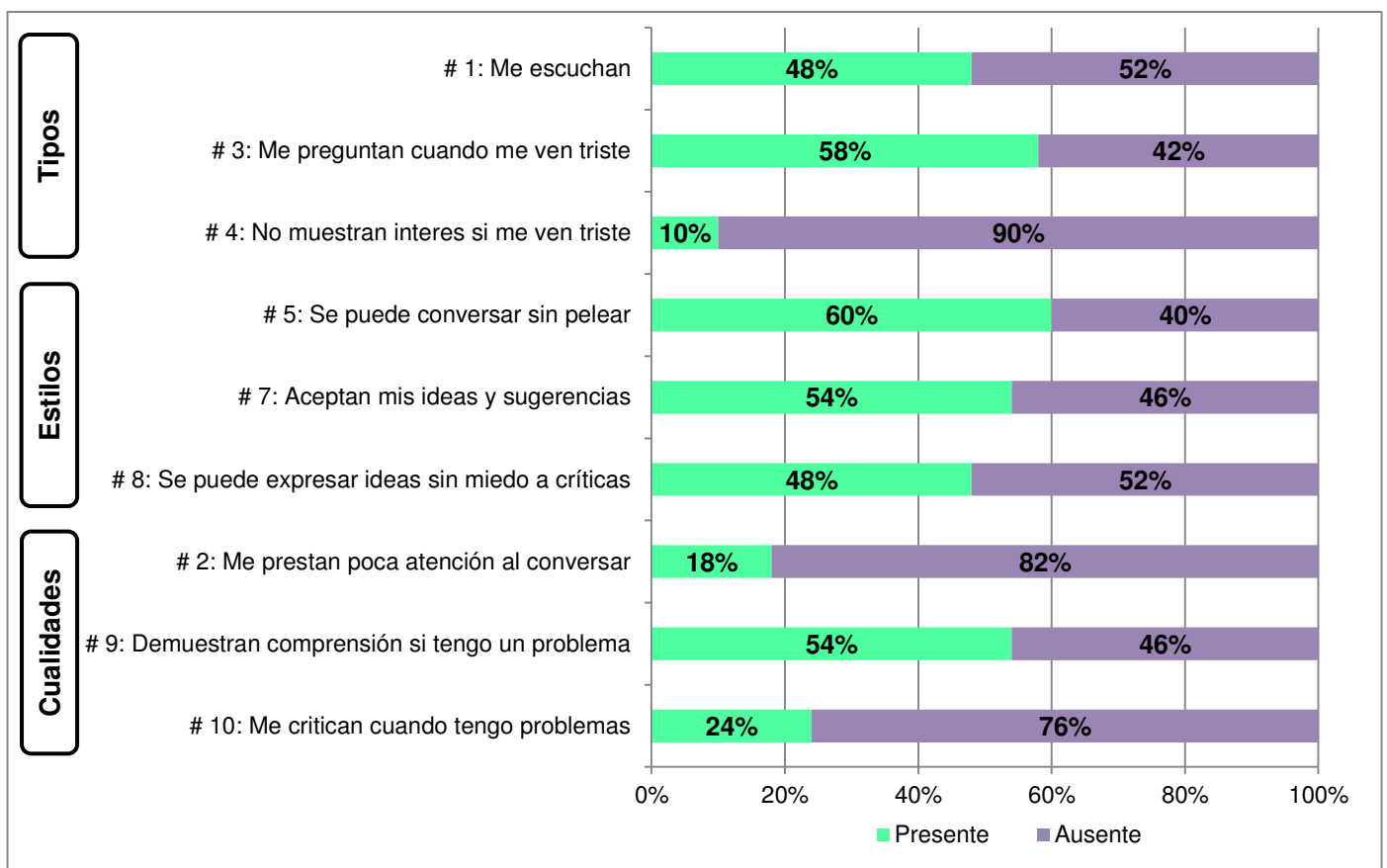
3.1.2. Datos específicos

GRÁFICO N° 1
CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA
EXTERNA SEGÚN DIMENSIONES. HOSPITAL
VÍCTOR LARCO HERRERA.
LIMA – PERÚ
2016



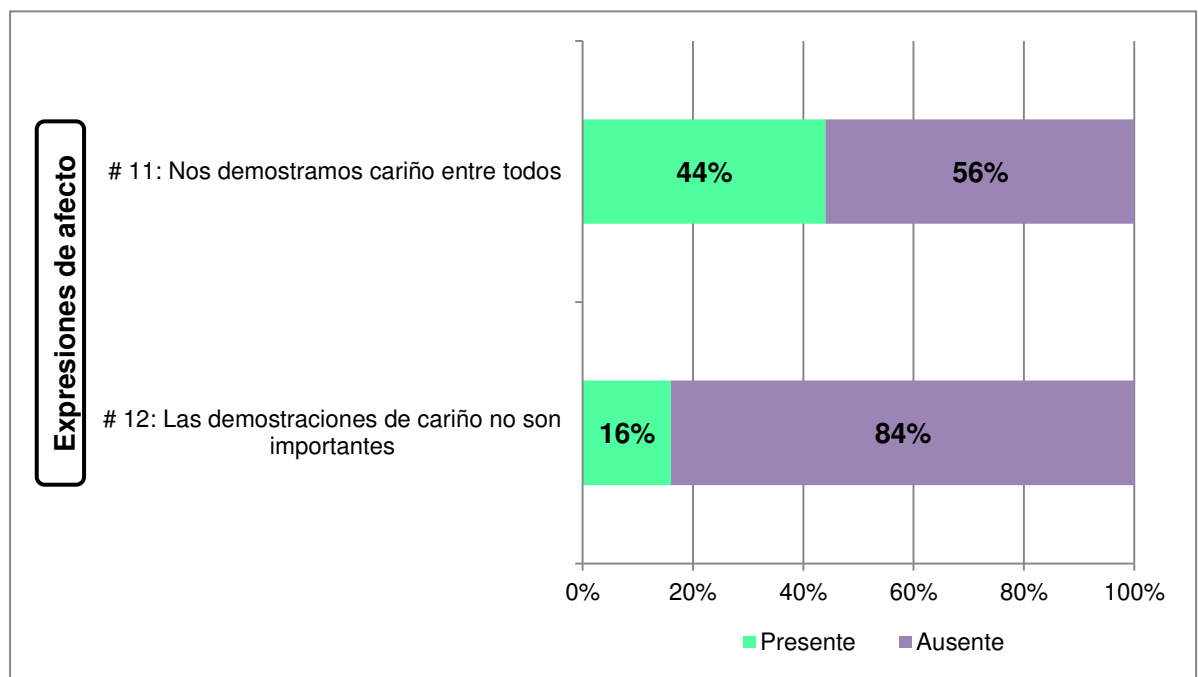
En el gráfico N° 1 se aprecia que del 100% de pacientes con diagnóstico de depresión, 66% manifestaron que en su dinámica familiar resaltaba el afecto, seguido de la comunicación y la cohesión en un 58% para ambos casos; siendo la dimensión de menos frecuencia la adaptabilidad con el 56%.

GRÁFICO N° 2
CARACTERÍSTICAS DE LA COMUNICACIÓN SEGÚN SUS INDICADORES EN
LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.
LIMA – PERÚ
2016



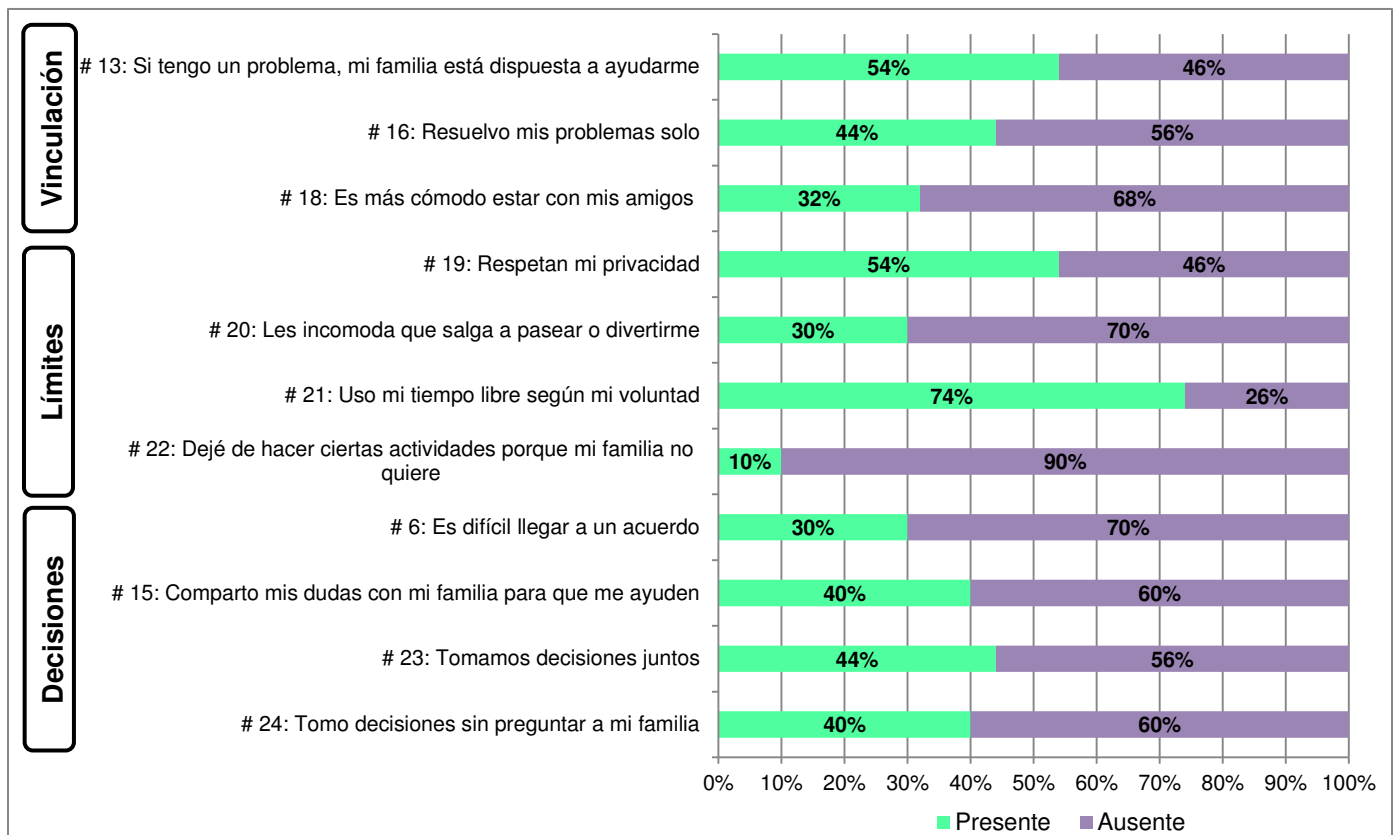
En el gráfico N° 2 se observa que del 100% de pacientes que participaron en el estudio, manifestaron lo siguiente de su familia: el 52% no se siente escuchado, el 90% percibe interés cuando los ven tristes, el 60% refiere que se puede conversar sin pelear, el 52% manifiesta que no pueden expresar sus ideas por miedo a críticas, el 82% asevera que le prestan atención cuando conversan y el 76% refiere que no los critican cuando tienen algún problema.

GRÁFICO N° 3
CARACTERÍSTICAS DEL AFECTO SEGÚN SUS INDICADORES EN LA
DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.
LIMA – PERÚ
2016



En el gráfico N° 3 notamos que del 100% de pacientes que participaron en el estudio, el 84% refiere que sus familias consideran importantes las demostraciones de cariño. Mientras que un 56% manifiesta que en sus familias las demostraciones de cariño están ausentes.

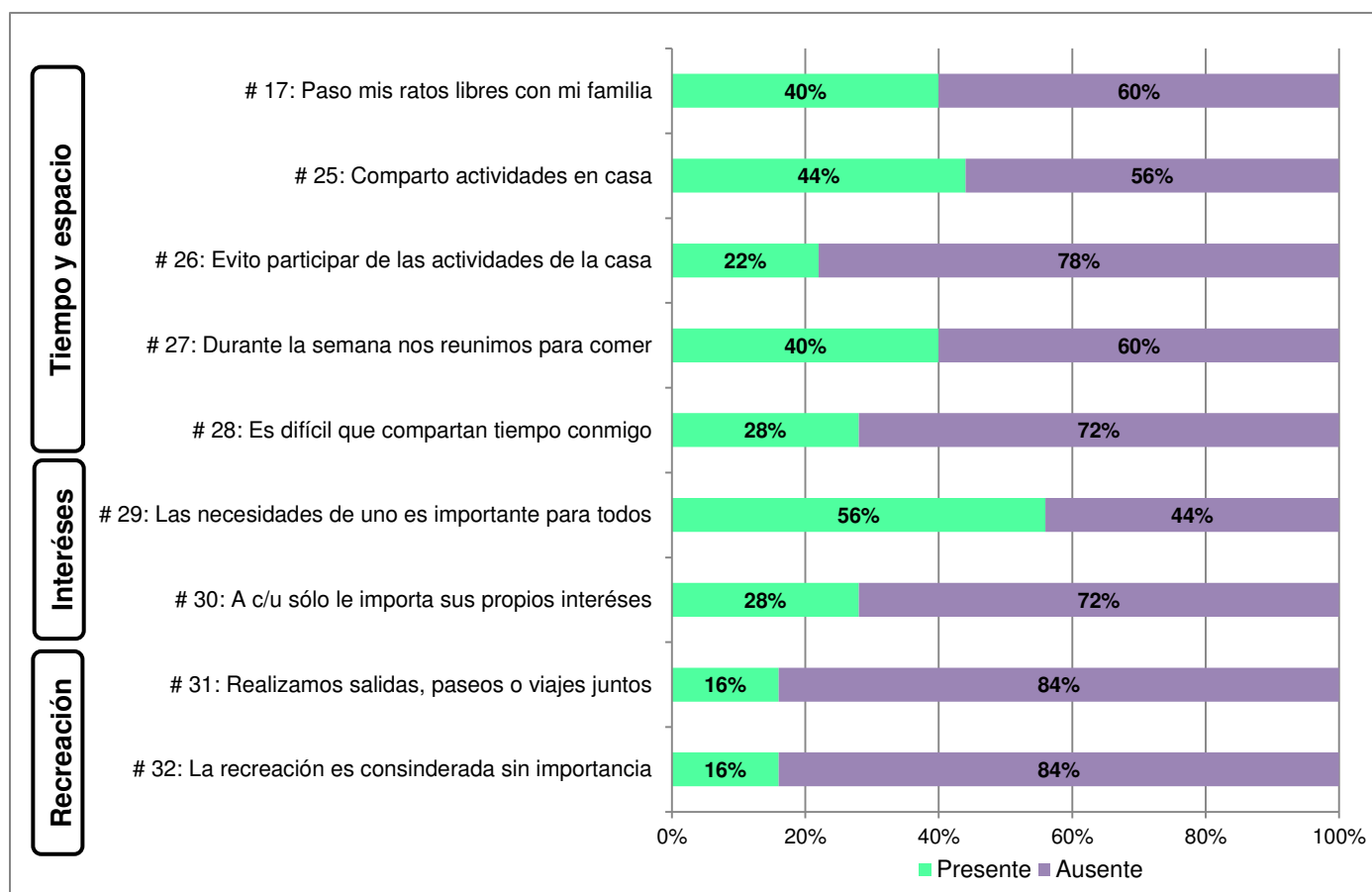
GRÁFICO N° 4
CARACTERÍSTICAS DE LA COHESIÓN SEGÚN SUS INDICADORES EN LA
DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.
LIMA – PERÚ
2016



En el gráfico N° 4 se observa que del 100% de pacientes que participaron en el estudio, manifestaron lo siguiente de su familia: el 54% expresa que los apoyarían si tienen un problema, el 68% refiere sentirse más cómodo con ella, el 54% percibe respeto por su privacidad, el 74% usa su tiempo libre según su voluntad, el 90% no ha dejado de hacer ciertas actividades porque su familia no quiere, el 70% considera que no existe dificultad para llegar a un acuerdo, el 60% no comparte sus dudas en busca de ayuda, el 56% menciona que no toman decisiones en conjunto y el 40% toma decisiones por sí solos.

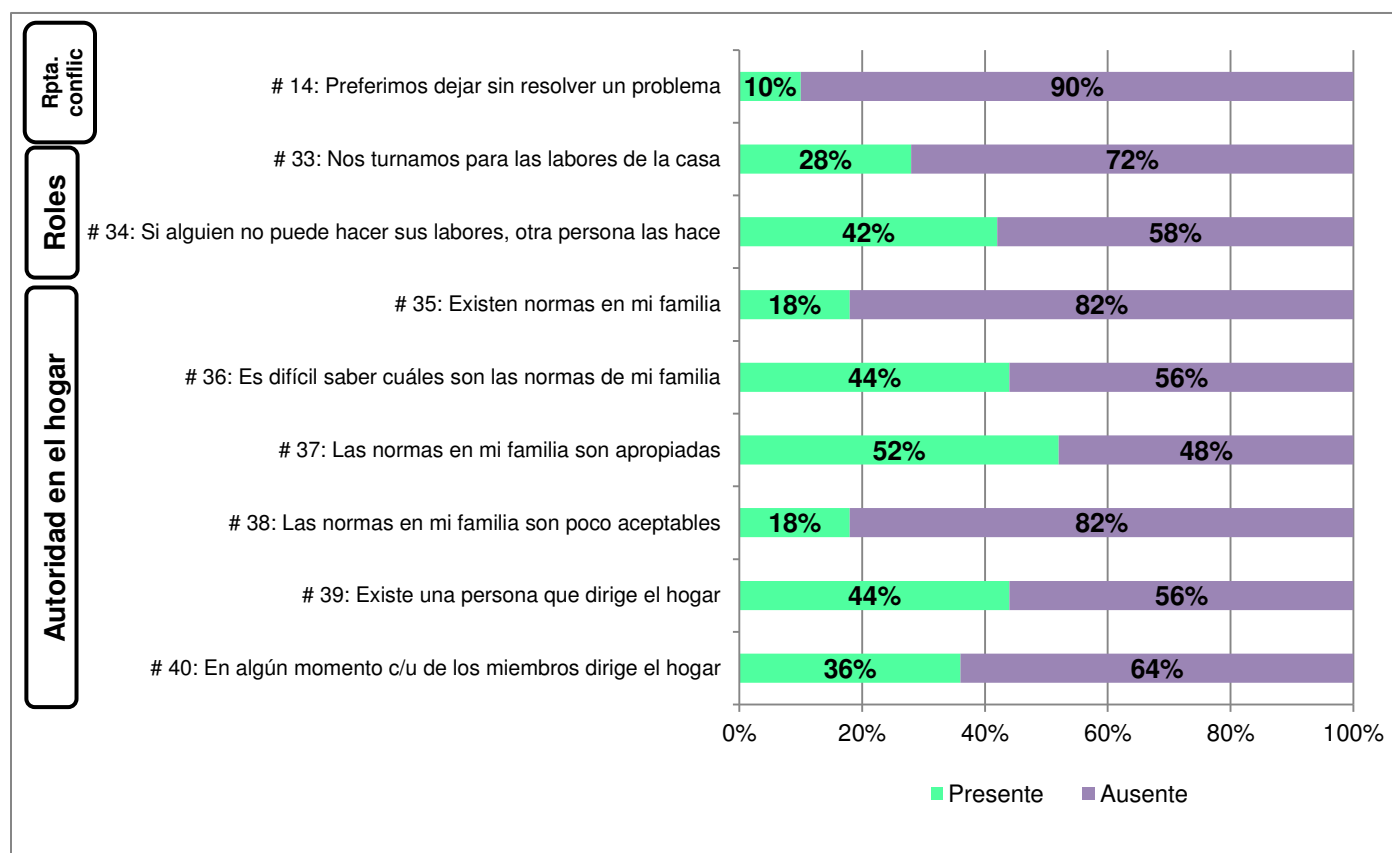
GRÁFICO N° 5

CARACTERÍSTICAS DE LA COHESIÓN SEGÚN SUS INDICADORES EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA. HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. LIMA – PERÚ 2016



En el gráfico N° 5 se observa que del 100% de pacientes que participaron en el estudio, manifestaron lo siguiente de su familia: el 60% no pasa sus tiempos libres con ella, el 22% evita participar en las actividades del hogar, el 60% expresa que no se reúnen para comer, el 28% menciona que es difícil que pasen tiempo con ellos, el 56% percibe que la necesidad de uno de los integrantes es importante para todos, el 16% asevera que realizan paseos en conjunto y el 84% señala que consideran importante la recreación.

GRÁFICO N° 6
CARACTERÍSTICAS DE LA ADAPTABILIDAD SEGÚN SUS INDICADORES
EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.
HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.
LIMA – PERÚ
2016



En el gráfico N° 6 se observa que del 100% de pacientes que participaron en el estudio, manifestaron lo siguiente de su familia: el 90% resuelven los problemas, el 72% expresa que no se turnan para realizar las labores del hogar, el 42% refiere que si alguien no puede hacer sus labores otra sí las hace, el 82% no evidencia normas mientras que el 52% considera que las normas que existen en sus hogares son apropiadas, el 44% identifica que existe una persona que dirige el hogar y el 36% señala que en algún momento cada uno de los integrantes dirige el hogar.

3.2. Discusión

En el presente trabajo se buscó determinar las características de la dinámica familiar de un tipo de población en específico, como son los pacientes con diagnóstico de depresión; quienes constituyen un grupo de alto riesgo debido a que su estado de ánimo se encuentra comprometido, afectando su desempeño diario y calidad de vida.

Es en este ámbito que la familia desempeña un papel clave porque se convierte en la principal fuente de apoyo para superar esta condición, como lo ha expresado María Pezo y col., quienes manifestaron que la presencia de apoyo familiar se asocia a una mejor recuperación del paciente; la cual dependerá de cómo está conformada la dinámica del ambiente donde vive, que involucra una serie de interacciones y relaciones entre los integrantes de la familia y que es lo que la define como única en su estructura interna.

Que una familia posea una estructura definida en su interior, le otorga la ventaja de poder brindar las condiciones necesarias, como el afecto y la cohesión, para garantizar el desarrollo personal de cada uno de sus integrantes; así como el poseer las herramientas y medios más apropiados para hacer frente a los desafíos a los que se encuentra expuesta.

Caso contrario, cuando en una familia no se encuentran estas condiciones que permiten el desarrollo de sus integrantes, se generan situaciones de conflicto, lo que puede convertirse en un factor predisponente para el desencadenamiento de crisis, tanto personales como familiares; tal como lo demuestra lo encontrado por Luz Eguiluz y Mónica Ayala en su investigación en adolescentes mexicanos, donde se

encontró que las familias con inadecuado manejo de conflictos predisponen a un mayor número de casos de depresión en este grupo etáreo, y por ende, a su consecuencia más grave como lo es el suicidio.

La importancia de la presencia de las características favorables de la dinámica familiar al interior de las familias de estos pacientes reside en que fomentan la convivencia sana e inciden positivamente en su recuperación; por lo cual, dichas características deben estar presentes de manera constante o por lo menos con la mayor frecuencia posible, de lo contrario podrían desencadenar el empeoramiento de la condición de salud de los mismos. Ello se puede reafirmar con los resultados del estudio de Isabel Torres en adultos mayores de la ciudad de Trujillo, donde el nivel de asociación entre la depresión y la funcionalidad familiar negativa es moderada.

Enfocándonos en el presente estudio, los resultados encontrados evidencian que en la mayoría de las familias de los pacientes encuestados predomina el afecto en su dinámica (Ver Gráfico N° 1), siendo manifestada mediante expresiones como besos y abrazos; lo que constituye un beneficio porque se fomenta la estabilidad emocional y el mantenimiento de relaciones de confianza, seguridad y respeto con los demás en virtud a que influye en el concepto de sí mismo, en el que la persona se forma acerca de las demás personas y en el del medio ambiente que lo rodea. Ello incide en la capacidad de adaptación a la vida, además cabe resaltar que el afecto es un factor fundamental para lograr una dinámica familiar funcional y en los pacientes con depresión, se vuelve una necesidad imperiosa el poder experimentarlo.

Por otro lado, la adaptabilidad es la dimensión que menos destaca (Ver Gráfico N° 1), a pesar de ser una habilidad esencial que debe poseer

el sistema familiar para hacerle frente a los cambios y diversidad de situaciones que implica la vida diaria; lo que involucra la capacidad de solucionar problemas, la asignación y desempeño de roles y el establecimiento de normas para una convivencia armónica.

Si hacemos un análisis más específico, teniendo en cuenta las dimensiones, en lo referente a la comunicación se indagó acerca de los tipos, estilos y cualidades que la caracterizan; encontrándose que se utiliza el tipo de comunicación no verbal que otorga una gran ventaja porque permite la expresión de emociones y sentimientos mediante la gestualidad y posturas y que, en el caso de la familia de estos pacientes constituye un elemento clave para identificar cambios en el estado de ánimo, la aparición de un episodio depresivo o recaídas; tal como lo ratificaron los propios pacientes al referir que sus familiares no dejan pasar por alto cuando los observan preocupados o tristes, además de notar interés en ellos al percibirlos de ese modo (Ver Gráfico N° 2). Al ser la depresión un trastorno afectivo, encuentra en el lenguaje no verbal un medio importante de expresión; lo que es percibido por los sujetos que rodean a la persona que lo padece.

Asimismo, la comunicación no verbal evita que el individuo se limite a las palabras que en muchas oportunidades no son suficientes para lograr una adecuada expresión de las emociones. Sin embargo, el usar ambos tipos de comunicación, la verbal y la no verbal, enriquece y mejora el proceso de interacción; fomentando una adecuada comprensión del mensaje que se transmite, hecho que se evidencia cuando los pacientes expresaron que son escuchados por sus familiares al comentarles los sucesos que les han ocurrido (Ver Gráfico N° 2).

En tanto que en los estilos de comunicación, las personas encuestadas afirmaron que en sus hogares se puede conversar sin pelear y de igual modo, sus familiares aceptan las ideas y sugerencias que puedan brindar a pesar que estén en desacuerdo (Ver Gráfico N° 2). Por lo tanto, se podría afirmar que la asertividad se manifiesta con cotidianidad en las conversaciones que estos pacientes mantienen con sus familiares; aspecto que resulta favorecedor porque propicia la expresión libre y sin temores de los integrantes de la familia, sin limitar la comunicación. Sin embargo, sólo el 48% de encuestados aseveró que en sus familias se puede expresar ideas sin miedo a recibir críticas (Ver Gráfico N° 2); situación que estaría conllevando a la prevalencia de una comunicación agresiva en el porcentaje restante.

En relación a las cualidades de la comunicación, los pacientes encuestados distinguen la presencia de la escucha activa en sus hogares debido a que no sólo sienten que sus familiares les prestan atención cuando necesitan o desean comentarles algún suceso, sino que perciben entendimiento y comprensión (Ver Gráfico N° 2); lo cual favorece a la empatía que es una habilidad indispensable para entender las necesidades, emociones y sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar y respondiendo correctamente a sus reacciones emocionales. Esta última cualidad podemos mencionar que resalta en los hogares de estos pacientes debido a que gran porcentaje de ellos refirió que sus familiares no los critican cuando tienen problemas (Ver Gráfico N° 2).

Todos los aspectos antes explicados contribuyen a una comunicación eficaz, que es un elemento facilitador para consolidar una estructura familiar sólida y estable; donde la relación existente es

armónica y se propicia el bienestar, tanto individual como colectivo. Sumado a ello, podemos afirmar que la comunicación familiar refleja el grado en que sus miembros han aprendido a manifestar adecuadamente o no, sus sentimientos en relación con los otros. Lo antes expuesto se puede reafirmar con la investigación de Sonia Sánchez y Adriana Rivera en adolescentes ecuatorianos en la cual se resalta que la disfuncionalidad familiar abarca varios aspectos; entre los que resalta una mala comunicación o, en el peor de los casos, la falta de la misma.

En lo concerniente a la dimensión del afecto, el 44% de los pacientes expresó que en sus familias se demuestran cariño entre todos de manera constante (Ver Gráfico N° 3) mediante caricias, abrazos o de manera verbal. Pero, el 56% mencionó que las demostraciones de afecto se dan a veces o no se dan nunca; lo que constituye un factor de riesgo para ellos debido a que no se le estaría brindando el cariño que necesitan para sentirse valorados, queridos y reconocidos al interior de sus familias y todo ello en virtud a que el intercambio afectivo es una de las interacciones más significativas en la vida de las personas al potenciar la satisfacción personal y el desarrollo humano, cuando esta es positiva. Sin embargo, cuando es de tipo negativa o peor aún, es inexistente, puede desencadenar sentimientos negativos; un factor predisponente para el agravamiento del estado del paciente con depresión.

En contraposición, la gran cantidad de los participantes del estudio afirmaron que las demostraciones de cariño son importantes que se den en el hogar (Ver Gráfico N° 3) porque no sólo se trata de suponer que por formar parte de la familia el cariño está implícito, sino que es importante que se demuestre de forma constante.

En la dimensión de la cohesión, tenemos a la vinculación emocional; la cual favorece a la unión de la familia en conjunto con el afecto y fomenta un mejor proceso de recuperación de una persona con depresión, siendo la vinculación estrecha la que ha predominado sobre la desligada para el presente estudio; debido a que los pacientes refirieron sentirse más cómodos con sus familiares que con amistades, así como aquellos se encuentran dispuestos a brindarles apoyo en todo momento (Ver Gráfico N° 4). Dichos resultados se pueden afianzar con los de Selene Flores y col.; que concluyeron que una mayor cohesión familiar, disminuye los síntomas depresivos en los adultos mayores.

Asimismo, gran parte de los pacientes identificaron que en sus familias existen límites definidos, lo que se hace evidente en el 54% de encuestados a quienes respetan su privacidad y en el 74% de los mismos que usan su tiempo libre según su voluntad (Ver Gráfico N° 4); constituyendo una situación favorable porque demarca y define los espacios entre los integrantes de las mismas y no permite la intromisión excesiva en los asuntos personales de cada uno de ellos, hecho que puede afectar la individualidad inherente a todo ser humano. Sin embargo, más de la mitad de los pacientes encuestados expresaron que casi siempre o a veces han dejado de hacer ciertas actividades porque sus familiares lo prefieren así por considerar que podrían vulnerar su tranquilidad, exponerlos a riesgos o que no están en condiciones de realizarlas y en su estado de pacientes en tratamiento antidepresivo, no sería conveniente.

En cuanto a la toma de decisiones, a pesar que exista dificultad para llegar a un acuerdo en algunos de los hogares de los encuestados, el 44% de pacientes expresó que en sus familias se toman las decisiones en

conjunto (Ver Gráfico N° 4); generando en ellos, un sentimiento agradable al ser tomados en cuenta y ponerse de manifiesto que pueden participar en dicho proceso.

También, el 60% de los mismos toma decisiones personales consultando a sus familiares (Ver Gráfico N° 4); aumentando las posibilidades de éxito frente a una situación de elección debido a la confluencia de múltiples puntos de vista que permiten que la persona pueda discernir qué es lo que más le conviene, teniendo como premisa que en el paciente con depresión se debe fomentar progresivamente su autoconfianza. Sin embargo, es importante resaltar que el 60% de los pacientes comparte con sus familias, las dudas que puedan tener con poca frecuencia (Ver Gráfico N° 4).

El tiempo y espacio es otro indicador indagado, frente a lo cual los pacientes manifestaron que es compartido de forma relativamente frecuente junto a sus familiares en actividades como las labores del hogar y el almorzar todos juntos (Ver Gráfico N° 5); lo que mejora la interacción y refuerza los lazos al interior de la familia y disminuye el riesgo de desligarse de la misma. Esto último se reafirma en el hecho de que el 72% de encuestados considera que no es difícil que sus familiares compartan tiempo con ellos (Ver Gráfico N° 5).

En el caso de los intereses, pueden ser compartidos o individuales, en cuyo último caso prima un afán egoísta y de búsqueda de un beneficio exclusivamente personalista; ante lo cual los encuestados expresaron que en sus dinámicas familiares predominan los intereses compartidos (Ver Gráfico N° 5), es decir, que se busca el bienestar en conjunto de la familia sobre los beneficios personales, mejorando el sentido de integración para estos pacientes.

En referencia a la recreación, los pacientes identificaron que se realiza frecuentemente tan sólo en un 16% (Ver Gráfico N° 5); lo cual podría estar siendo fuente de acumulación de estrés al no tener momentos designados al esparcimiento y la distracción, afectando la salud del paciente depresivo partiendo del hecho de que la recreación es una de las funciones de la familia en virtud de ser una actividad que logra disminuir las tensiones que implican las responsabilidades de la vida diaria, además de promover la integración y el desarrollo holístico de sus integrantes. Sin embargo, pese a ser una actividad realizada con poca frecuencia, el 84% de los encuestados manifestaron la importancia de la recreación (Ver Gráfico N° 5) por ser un momento para compartir en familia y salir de la rutina del día a día pero que por diversos motivos, especialmente la presencia del trastorno depresivo y los problemas económicos, se ve muy limitada el poder ponerla en práctica.

Todos los indicadores abarcados en la dimensión de la cohesión se ven influenciados por diversos aspectos. Así tenemos que los pacientes que viven con sus esposos(as) o esposos(as) e hijo(s) prefieren pasar mayormente sus momentos libres con ellos por considerar que la etapa de salir a divertirse con las amistades ya pasó y ahora priorizan el tiempo en familia, además de que les resulta agradable el ambiente que perciben dentro de ella. Caso contrario sucede con aquellos que aún viven con sus padres; quienes encuentran en los amigos, un apoyo más apropiado por tratarse de gente de edades similares y con preferencias similares a las suyas.

Otro aspecto que influye es la edad; puesto que se evidenció que aquellos pacientes adultos jóvenes tienden a no tener una vinculación muy estrecha con su familia. Mientras que aquellas personas con más edad si

se identificaban mejor con sus familias. Cabe resaltar que estos factores y otros más también inciden en la forma de vivenciar la depresión de estos pacientes.

Dada la importancia de la cohesión, por abarcar factores como proximidad, vínculo o lazo emocional de los integrantes de la familia; es que se le ha otorgado una mayor cantidad de ítems dentro del instrumento elaborado debido a que requiere ser evaluada en todos sus componentes. Al respecto, Francisco Ortega, en su libro *Terapia Familiar Sistémica*; refiere que el grado de cohesión está relacionado con la diferenciación de cada uno de sus miembros; por lo que una diferenciación extrema amenaza con desintegrar la familia y una cohesión excesiva amenaza con destruir el espacio para el crecimiento personal.

Por lo tanto, se podría manifestar que en las familias de los pacientes encuestados existe un grado de cohesión aceptable que propicia una adecuada diferenciación de cada uno de sus integrantes.

En torno a la dimensión de la adaptabilidad, lo encontrado acerca de la respuesta a conflictos fue sumamente favorable debido a que en el 90% de los casos es alta, según lo aseverado por los pacientes acerca de que sus familias no dejan sin solución un problema (Ver Gráfico N° 6); lo que nos remite a la idea del logro de la superación de las dificultades que se presentan. El no resolver un conflicto es un generador de tensiones y afecta de manera considerable la tranquilidad; elementos que deben preservarse en el hogar de un paciente con depresión, como se logra apreciar en el presente estudio.

Acerca de los roles, sólo el 28% de participantes del estudio aseveró que se turnan para hacer las labores de la casa y, el 42%

manifestó que si alguien de la familia no puede realizar sus labores en la casa, otra persona las realiza (Ver Gráfico N° 6); razón por la cual, los roles en los hogares de estos casos serían flexibles, factor que constituye una situación favorable puesto que los roles rígidos generan fricciones y desavenencias por ser imposiciones, sobretodo, de personas que poseen mayor rango en la familia y son generadores de constantes disputas por el poder o en otros casos, provocan una sobrecarga en quien recaen mayor cantidad de roles.

Lo referido anteriormente podría estarse suscitando en el 72% de pacientes que revela que a veces o nunca se turnan para hacer las labores del hogar y en el 58% de los mismos que expresan que otra persona no realiza las labores de aquel que no pudo (Ver Gráfico N° 6); hechos que estarían incidiendo en el grado de satisfacción personal de los integrantes de las familias involucradas.

Los resultados encontrados en el presente estudio los podemos refrendar con lo indagado por Pilar Montesó – Curto y col. en España; quienes encontraron que las variables asociadas a la depresión son las mismas para hombres y mujeres; sin embargo por haber estado sometida a ellas en mayor grado, las mujeres presentan un nivel mayor de depresión en razón de los roles que les ha tocado asumir por cuestiones de género (amas de casa, atender a la familia, entre otros), de los que resulta difícil desligarse por tratarse de roles fuertemente establecidos.

Por otro lado, la autoridad en el hogar es un factor que brinda equilibrio al interior de la familia y es necesaria para regular la conducta y organizar la manera en que sus integrantes interactúan; la cual debe fundamentarse en la justicia, equidad y en el amor para evitar el

desequilibrio de fuerzas entre sus integrantes y el consecuente desmoronamiento de la familia como unidad.

En el presente estudio, 82% de los participantes refirió que a veces o nunca existen normas en sus familias, mientras que el 44% dijo que es difícil saber cuáles son las normas al interior de las mismas. Sin embargo, el 82% manifestó que, a pesar de que no identifican con claridad la existencia de normas en sus hogares, las existentes son aceptables pero sólo en un 52% de los casos son apropiadas; lo que podría estar generando una probable insatisfacción en el 48% de los demás participantes de la investigación (Ver Gráfico N° 6) ya que por lo general, ello conlleva a la sumisión, a la falta de libertad, a la violencia, a disputas por imposición de criterios y falta de acuerdo.

Por otro lado, 44% aseveró que hay una persona que dirige el hogar pero un 36% expresó que en algún momento cada uno de los integrantes de la familia realizaba esa función (Ver Gráfico N° 6). Que no se visibilice una persona en la familia que dirija a sus integrantes de manera permanente conlleva a una anarquía interna porque no existe un orientador que guíe las conductas de los mismos.

Ambos elementos revisten importancia en el mantenimiento de un hogar equilibrado y saludable puesto que la autoridad debe manifestarse de manera explícita por la existencia de una persona que lo dirige y asimismo, por la aplicación de normas justas que regulen el comportamiento de sus integrantes.

Según lo establecido por David Olson en cuanto a la adaptabilidad, podemos decir que, según lo expresado por los pacientes encuestados, no existe el predominio de un tipo de familia debido a que se ha dado el caso

de encontrar familias estructuradas, en otros casos flexibles y hasta rígidas; por lo que no se puede enunciar una categoría definitiva.

De manera general, se puede decir que todos los indicadores estudiados en las personas encuestadas, reflejan características de una dinámica familiar positiva, las mismas que se encuentran presentes de manera frecuente (siempre o casi siempre) en el 56% del total de los encuestados (Ver Anexo K); situación que posiblemente se deba a que estos pacientes se encuentran en tratamiento desde hace algún tiempo (según la severidad del trastorno), el cual incluye la participación de la familia como pieza fundamental, cuyo accionar debe modificarse en razón de las necesidades del paciente con el objetivo de crear un ambiente cálido y agradable para favorecer el proceso de recuperación.

Todos estos aspectos estudiados deben servir de punto de partida para implementar y poner en marcha estrategias por parte del profesional de enfermería en favor del paciente con el objetivo de velar por su cuidado óptimo, a través de la identificación de fortalezas por afianzar y debilidades que deberán ser reforzadas al interior del núcleo familiar, utilizando la comunicación y consejería como medios facilitadores; con el fin de fomentar un ambiente terapéutico que le brinde las oportunidades de desarrollarse como ser humano y le permita reinsertarse socialmente de forma progresiva.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- ❖ La característica general de la dinámica familiar que está presente en la gran mayoría de las familias de los pacientes encuestados es el afecto; mientras que la de menor predominio es la adaptabilidad.
- ❖ En relación a las características de la comunicación, la gran mayoría de los pacientes participantes del estudio indicaron que en sus familias utilizan la comunicación no verbal y de igual forma, está presente la asertividad. Sin embargo, también está presente la agresividad; mientras que tanto la empatía y la escucha activa prevalecen como cualidades.
- ❖ En relación a las características del vínculo afectivo, la gran mayoría de los pacientes participantes del estudio refiere que en sus familias están ausentes las demostraciones de afecto; sin embargo, aseveraron que sus familiares consideran que son importantes.
- ❖ En relación a las características de la cohesión, la gran mayoría de los pacientes participantes del estudio expresó que predomina la vinculación estrecha y existen límites definidos en sus familias. En cuanto a la toma de decisiones, prevalecen las que son tomadas de forma individual; sin embargo la mayoría de pacientes encuestados afirmó que las decisiones son consultadas a sus familiares. El tiempo y espacio suele ser mayormente compartido con los

integrantes de la familia y los intereses de igual manera. Mientras que la recreación está ausente en la gran mayoría; a pesar de ser considerada importante.

- ❖ En relación a las características de la adaptabilidad, la gran mayoría de los pacientes participantes del estudio manifestó que sus familias poseen una alta respuesta frente a los conflictos. De igual manera, la mayoría refirió que los roles en sus familias son rígidos. En cuanto a la autoridad en sus familias, la mayoría considera que es apropiada por la presencia de normas aceptables a pesar de que sólo la minoría expresó identificar su existencia. Y asimismo, la minoría manifestó que la autoridad es explícita al existir una persona que dirige el hogar.

4.2. Recomendaciones

- ❖ Que el equipo de salud implemente programas de capacitación enfocados a fortalecer la dinámica interna de las familias de los pacientes con depresión para brindarles estrategias de afrontamiento y manejo de situaciones de estrés y de riesgo; las cuales siempre deben estar presentes en el ejercicio de la enfermera en razón de su labor prioritaria en todos los niveles de atención y por ser el principal promotor de adquisición de hábitos y estilos saludables.
- ❖ Realizar estudios que aborden el tema de la presente investigación de manera más amplia, donde se incluyan otros factores que podrían estar incidiendo en la dinámica de las familias tales como el

contexto sociocultural (procedencia, creencias, costumbres, etc.), el estrato socioeconómico (alto, medio, bajo), el entorno geográfico y ambiental (accesibilidad, clima, etc.); entre otros.

- ❖ Aplicar la metodología cualitativa para obtener resultados más específicos y detallados en cuanto a la descripción de las características de la dinámica familiar; lo que permite una adecuada contrastación de los resultados obtenidos en el presente estudio y se profundiza en el tema investigado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. *Guía de Implementación del Programa Familias y Viviendas Saludables*. Lima; 2005.
2. Gallego Henao AM. Recuperación crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. *Revista Virtual de la Universidad Católica del Norte* 2012; (35). <http://www.redalyc.org/pdf/1942/194224362017.pdf> (último acceso 15 de febrero del 2016).
3. Franco Agudelo SA. *Violencia intrafamiliar: cotidianidad oculta*. Antioquía: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 1994.
4. Gómez Restrepo C, Hernández Bayona G, Rojas Urrego A, Santacruz Oleas H, Uribe Restrepo M. *Psiquiatría Clínica, Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*. 3ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2008.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sobre el trastorno depresivo a nivel mundial. 2013.
6. Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM HD – HN). Datos estadísticos e información acerca de la situación de la salud mental en el Perú. 2015.
7. Eguiluz Romo L y Ayala Mira M. Relación entre ideación suicida, depresión y funcionamiento familiar en adolescentes. *Psicología Iberoamericana* 2014; 22(2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133938134009> (último acceso 02 de marzo del 2016).
8. Sánchez Tapia SB y Rivera Rodas AM. *Disfuncionalidad familiar y su relación con la depresión en los adolescentes del ciclo diversificado en la unidad educativa Herlinda Toral. Cuenca 2014*. Tesis para obtener el título de licenciada en Enfermería. Universidad de Cuenca; 2014.
9. Suárez Soto E. *Calidad de vida y funcionamiento familiar en adolescentes con depresión en centros de salud pública*. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología, mención Psicología Clínica. Universidad de Chile; 2013.

10. Cortés Alfaro A, Aguilar Valdés J, Suárez Medina R, Rodríguez Dávila E y Durán Rivero J. Factores de riesgo asociados con el intento suicida y criterios sobre lo ocurrido en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Integral* 2011; 27(1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol_27_1_11/mgi04111.htm (último acceso 02 de marzo del 2016)
11. Flores Pacheco S, Huerta Ramírez Y, Herrera Ramos O, Alonso Vázquez O, Calleja Bello N. Factores familiares y religiosos en la depresión en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social Issues* 2011; 3(2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282221802007> (ultimo acceso 02 de marzo del 2016)
12. Zavaleta Huamanyauri JR. *Factores de riesgo asociados con trastorno depresivo en estudiantes adolescentes de la I.E. Manuel Gonzalez Prada de Ate en el 2015*. Tesis para optar el título de Médico Cirujano. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
13. Gordillo Mamani ML. *Factores de riesgo asociados a depresión en niños y adolescentes en un hospital nacional en el 2013*. Tesis para optar el título de especialista en Psiquiatría. Universidad de San Martín de Porres; 2014.
14. Soria Ramos DE. *Depresión asociado a interacción familiar y rendimiento académico en adolescentes universitarios*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Universidad Ricardo Palma; 2013.
15. Torres Moreno I. *Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores*. Tesis para optar el título de Especialista en Medicina Familiar. Universidad Nacional de Trujillo; 2013.
16. Mercado Huachupoma Y y Paccori Yanac LV. *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de familia.
18. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Definición de familia.
19. Ministerio de Salud del Perú (MINSA). Definición de familia.

20. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI). Definición de familia.
21. Minuchin S. *Familia y Terapia familiar*. 2ª ed. Barcelona: Gedisa; 1999.
22. Enciclopedia Británica en Español. *La Familia: concepto, tipos y evolución*.
http://cvonline.uaeh.edu.mx/Cursos/BV/S0103/Unidad%204/lec_42_LaFamilia_ConceptoTiposEvolucion.pdf (último acceso 20 de febrero del 2016)
23. Camacho S. *Relación entre la percepción del tipo de familia y los valores interpersonales en adolescentes de cuarto y quinto grado de secundaria de Lima – Cercado*. Tesis para optar por el Grado Académico de Magister en Psicología. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2002.
24. Archivos de Medicina familiar. *Conceptos básicos para el estudio de las familias* 2005; 7. <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amfs051c.pdf> (último acceso 20 de febrero del 2016)
25. Iturrieta Olivares S. Perspectivas teóricas de las familias. En: Iturrieta Olivares S (ed). *Conflictos familiares ¿Cómo resolverlos?*. Carolina del Norte; 2001. p 1-82. <http://www.cpihts.com/PDF/Sandra%20Olivares.pdf> (último acceso 20 de febrero del 2016)
26. Ortega Bevia F. *Terapia Familiar Sistémica*. 2ª ed. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2001.
27. 28. Vélez Noguera JL. *Enfoque de la salud mental en atención primaria*. Barcelona: Organón Española; 1991.
28. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sobre la salud mental a nivel mundial. 2013.
29. Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud. *Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz*. Lima; 2005.
30. Hollon S y Beck A. *Terapia Cognitiva de la depresión*. Barcelona: Desclée de Brouwer; 1983.
31. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de depresión.
32. Heinze Martin G y Camacho Segura P. *Guía clínica para el manejo de la depresión*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz;

2010. http://www.inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf (último acceso 23 de febrero del 2017)

33. Dirección general de salud de las personas – Dirección de salud mental. *Guías de práctica clínica en salud mental y psiquiatría*; 2008. http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/04_Guias_Practica_Clinica_Salud_Mental_Psiquiatria.pdf (último acceso 23 de febrero del 2017)

34. Organización Mundial de la Salud (OMS). Definición de salud mental.

35. Álvarez Ariza M, et al. *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto*. GuíaSalud. <http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/resumida/apartado01/introduccion.html> (último acceso 01 de marzo del 2016)

36. Pezo Silva M, Costa Stefanelli M y Komura Hoga L. La familia conviviendo con la depresión: de la incompreensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index Enferm* 2004; 13(47). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300003&script=sci_arttextm (último acceso 20 de febrero del 2016)

37. Barella Balboa JL. *Depresión: consejos para pacientes, familiares y amigos*. http://www.docvadis.es/centrodesaluddeubeda/page/para_mejorar_la_salud/depresi_n/depresi_n_consejos_para_pacientes_familiares_y_amigos.html (último acceso 25 de febrero del 2016)

38. Esguerra de Cárdenas I. Rol del profesional de enfermería en salud mental y psiquiatría. *Avances en Enfermería* 1991; 9(1). <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/download/16731/17618::pdf> (último acceso 02 de marzo del 2016)

39. Fornes Vives J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana; 2005.

40. Montesó – Curto P, Ferré – Grau C, Lleixá – Fortuño M, Albacar Riobóo N, Espuny – Vidal C. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. 2011; (16). <http://www.ub.edu/SIMS/hojasWarmi/hojas16/articulos/Montesoetal.pdf> (último acceso 30 de junio del 2016)

ANEXOS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo		Pág.
A	Operacionalización de la variable	I
B	Matriz de consistencia del instrumento	III
C	Escala de evaluación de la dinámica familiar	VI
D	Consentimiento informado	IX
E	Apreciación del juez experto	X
F	Prueba binomial	XI
G	Confiabilidad del instrumento	XII
H	Tabla de códigos del instrumento	XIII
I	Matriz de codificación de datos	XV
J	Medición de la variable	XVIII
K	Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	XX
L	Datos generales de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa. Hospital Víctor Larco Herrera. Lima – Perú 2016	XXI

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera	La dinámica familiar es interpretada como el manejo de interacciones y relaciones entre los miembros de una familia, que la identifica como única; la cual posee características como comunicación, afecto entre sus	Comunicación	- Tipos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbal ▪ No verbal - Estilos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agresiva ▪ Asertiva - Cualidades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empática ▪ De escucha activa 	- Presente - Ausente	Comportamientos relacionados a la interacción, afectividad, unión y adaptabilidad mediante los cuales las familias de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera se relacionan de
		Afecto	- Expresiones de afecto	- Presente - Ausente	

	miembros, manejo de toma de decisiones, normas de convivencia al interior de la familia, estrategias de solución de conflictos, distribución de las tareas en el hogar, entre otros; las mismas que pueden estar presentes o ausentes	Cohesión	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación emocional <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrecha ▪ Desligada - Límites: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definidos ▪ Difusos - Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ En consenso ▪ Individuales - Tiempo y espacio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartido ▪ No compartido - Intereses: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartidos ▪ Individuales - Recreación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuente ▪ Importante 	<ul style="list-style-type: none"> - Presente - Ausente 	manera propia; lo cual será evaluado mediante una escala tipo Likert, cuyo valor final será expresado en características presentes o ausentes.
		Adaptabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Respuesta a conflictos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta ▪ Baja - Roles familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibles ▪ Establecidos - Autoridad en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explícita ▪ Apropiaada 	<ul style="list-style-type: none"> - Presente - Ausente 	

ANEXO B

MATRIZ DE CONSISTENCIA DEL INSTRUMENTO

DIMENSIONES	INDICADORES	ENUNCIADOS
COMUNICACIÓN	- Tipos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbal ▪ No verbal 	1. Existen momentos de dialogo en el hogar con mis familiares 2. Mis familiares escuchan los comentarios que hago acerca de lo que me ha sucedido 3. Mis familiares me preguntan qué me sucede cuando me ven preocupado o triste 4. Cuando me ven preocupado o triste, mis familiares se muestran desinteresados en saber lo que me sucede 5. Mis familiares tratan de calmarme cuando me ven llorando o triste por algún motivo
	- Estilos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agresiva ▪ Asertiva 	6. En mi familia se puede expresar ideas sin miedo a recibir críticas 7. En mi familia se puede conversar sin pelear 8. Mis familiares se molestan si tengo una idea diferente a la de ellos 9. Mis familiares gritan cuando rechazo sus sugerencias 10. Mis familiares aceptan mis ideas y sugerencias a pesar que estén en desacuerdo 11. Mis familiares permiten hablar libremente sin sentir temor
	- Cualidades: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empática ▪ De escucha activa 	12. Cuando converso con mis familiares, me prestan poca atención 13. Cuando les comento a mis familiares algún problema, demuestran comprensión 14. Mis familiares me critican cuando tengo problemas

AFECTO	<ul style="list-style-type: none"> - Expresiones de afecto 	<p>15. Cuando llego a casa, mis familiares me reciben con cariño (un saludo, un beso o un abrazo)</p> <p>16. Demuestro cariño con mis familiares (mediante palabras, besos o abrazos)</p> <p>17. En mi familia nos demostramos cariño entre todos</p> <p>18. Para mi familia, las demostraciones de cariño son consideradas sin importancia</p>
COHESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación emocional: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrecha ▪ Desligada 	<p>19. Cuando tengo algún problema, mi familia está dispuesta a ayudar para solucionarlo</p> <p>20. Resuelvo mis problemas solo</p> <p>21. Es más cómodo estar con mis amistades que con mi familia</p> <p>22. Mi familia influye positivamente en lo que hago</p> <p>23. Para mi familia, es importante la unión familiar</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Límites: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Definidos ▪ Difusos 	<p>24. Mi familia respeta mi forma de ser</p> <p>25. Mi familia respeta mi privacidad</p> <p>26. Si a mis familiares les desagradan mis actitudes, me critican negativamente</p> <p>27. Uso mi tiempo libre según lo que deseo hacer sin que mi familia imponga su voluntad</p> <p>28. A mis familiares les incomoda que desee salir a pasear o a divertirme</p> <p>29. He dejado de hacer ciertas actividades porque mi familia prefiere que no las realice</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> ▪ En consenso ▪ Individuales 	<p>30. En mi familia, tomamos las decisiones juntos</p> <p>31. Al tomar una decisión, mi familia tiene en cuenta mi opinión</p> <p>32. Existe dificultad en mi familia para llegar a un acuerdo</p> <p>33. Mi familia me permite tomar decisiones por mí mismo</p> <p>34. Comparto mis dudas y problemas con mi familia para que me ayuden a buscar soluciones</p> <p>35. Tomo decisiones sin tener que preguntarles a mis familiares</p> <p>36. En mi familia se deciden las normas de convivencia en conjunto</p>

	- Tiempo y espacio: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartido ▪ No compartido 	37. Comparto actividades en la casa junto a mis familiares 38. Evito participar en las actividades de la casa 39. Paso mis ratos libres junto a mi familia 40. Durante la semana nos reunimos con mis familiares para comer 41. Mis ratos libres, los paso sin mis familiares 42. Es difícil que la familia comparta tiempo conmigo
	- Intereses: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Compartidos ▪ Individuales 	43. Mi familia y yo compartimos intereses juntos 44. A cada integrante de mi familia solo le importa sus propios intereses 45. Las necesidades de uno de los integrantes de mi familia es importante para todos
	- Recreación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuente ▪ Importante 	46. En mi familia realizamos salidas, paseos o viajes juntos 47. La recreación es considerada sin importancia para mi familia
ADAPTABILIDAD	- Respuesta a conflictos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Buena ▪ Baja 	48. Cuando hay un problema en mi familia, buscamos soluciones entre todos 49. Cuando intentamos solucionar un problema en mi familia, lo conseguimos 50. Si existe algún problema al interior de mi familia, preferimos dejarlo sin solución
	- Roles familiares: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Flexibles ▪ Establecidos 	51. En mi familia nos turnamos para hacer las labores de la casa 52. Si alguien deja de realizar sus labores en el hogar, otra persona las hace
	- Autoridad en el hogar: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Explícita ▪ Apropiada 	53. Al interior de mi familia, existe una persona que dirige el hogar 54. La autoridad al interior de mi hogar la tiene una sola persona 55. En algún momento, cada uno de los integrantes de mi familia dirige en el hogar 56. Existen normas al interior de mi familia 57. En mi familia, las normas existentes son apropiadas 58. Las normas que existen al interior de mi familia son poco aceptables 59. Es difícil saber cuáles son las normas al interior de mi familia

ANEXO C

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA DINÁMICA FAMILIAR

I. Presentación: Estimado señor(a), soy estudiante de enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y estoy realizando un estudio, el cual tiene como objetivo determinar las características de la dinámica familiar de los pacientes que asisten a este hospital. La información obtenida será anónima y confidencial, por lo cual solicito responder con total sinceridad. Le agradezco por anticipado, su colaboración.

II. Instrucciones: A continuación encontrará una lista de enunciados, responda marcando con un aspa (x) una sola de las alternativas, la que considere más apropiada según las siguientes opciones:

- Siempre (S): en todas las ocasiones
- Casi siempre (CS): en la mayoría de ocasiones
- A veces (AV): en algunas ocasiones
- Nunca (N): en ninguna ocasión

Ejemplo:

En el caso del enunciado: **“En mi familia se deciden las normas de convivencia en conjunto”**, si considera que ello sucede en todas las ocasiones marque con un aspa (x) el recuadro SIEMPRE.

SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
x			

III. Datos generales:

- 1. Edad:** 25 – 34 años ()
35 – 44 años ()
45 – 54 años ()

2. Sexo: M () F ()

- 3. ¿Con quién vive en el hogar?:** Padres ()
Padres y hermanos ()
Sólo uno de los padres ()
Esposo(a)/Conviviente ()
Esposo(a) e hijo(s) ()
Otros familiares ()

- 4. Tiempo de enfermedad:** Menos de 6 meses ()
6 meses – 1 año ()
Más de 1 año ()

IV. Contenido:

ENUNCIADOS	S	C S	A V	N
1. Mis familiares escuchan los comentarios que hago acerca de lo que me ha sucedido				
2. Cuando converso con mis familiares, me prestan poca atención				
3. Mis familiares me preguntan qué me sucede cuando me ven preocupado o triste				
4. Cuando me ven preocupado o triste, mis familiares se muestran desinteresados en saber lo que me sucede				
5. En mi familia se puede conversar sin pelear				
6. Existe dificultad en mi familia para llegar a un acuerdo				
7. Mis familiares aceptan mis ideas y sugerencias a pesar que estén en desacuerdo				
8. En mi familia se puede expresar ideas sin miedo a recibir críticas				
9. Cuando les comento a mis familiares algún problema, demuestran comprensión				
10. Mis familiares me critican cuando tengo problemas				
11. En mi familia nos demostramos cariño entre todos				
12. Para mi familia, las demostraciones de cariño son consideradas sin importancia				
13. Cuando tengo algún problema, mi familia está dispuesta a ayudar para solucionarlo				
14. Si existe algún problema al interior de mi familia, preferimos dejarlo sin solución				
15. Comparto mis dudas y problemas con mi familia para que me ayuden a buscar soluciones				
16. Resuelvo mis problemas solo				
17. Paso mis ratos libres junto a mi familia				
18. Es más cómodo estar con mis amistades que con mi familia				
19. Mi familia respeta mi privacidad				
20. A mis familiares les incomoda que desee salir a pasear o a divertirme				
21. Uso mi tiempo libre según lo que deseo hacer sin que mi familia me imponga su voluntad				
22. He dejado de hacer ciertas actividades porque mi familia prefiere que no las realice				
23. En mi familia, tomamos las decisiones juntos				
24. Tomo decisiones sin tener que preguntarles a mis familiares				
25. Comparto actividades en la casa junto a mis familiares				
26. Evito participar en las actividades de la casa				
27. Durante la semana nos reunimos con mis familiares para comer				
28. Es difícil que la familia comparta tiempo conmigo				
29. Las necesidades de uno de los integrantes de mi familia es importante para todos				

30. A cada integrante de mi familia solo le importa sus propios intereses				
31. En mi familia realizamos salidas, paseos o viajes juntos				
32. La recreación es considerada sin importancia para mi familia				
33. En mi familia nos turnamos para hacer las labores de la casa				
34. Si alguien deja de realizar sus labores en el hogar, otra persona las hace				
35. Existen normas al interior de mi familia				
36. Es difícil saber cuáles son las normas al interior de mi familia				
37. En mi familia, las normas existentes son apropiadas				
38. Las normas que existen al interior de mi familia son poco aceptables				
39. Al interior de mi familia, existe una persona que dirige el hogar				
40. En algún momento, cada uno de los integrantes de mi familia dirige en el hogar				

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____,
identificado(a) con el DNI _____, mediante la firma de este documento, expreso la voluntad de participar en el estudio de investigación que se está realizando con la autorización del Hospital Víctor Larco Herrera. Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos; deposito mi plena confianza en que la información obtenida en el instrumento será solo para fines de investigación, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

FIRMA

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado señor(a):

Como investigadora del estudio del cual usted ha manifestado participar voluntariamente y, habiendo dado su consentimiento informado, me comprometo a guardar la máxima confidencialidad en cuanto a la información brindada; así mismo que los resultados del presente estudio no le perjudicaran en absoluto.

Atte.

Carmen Rosa Yábar C.
AUTORA DE LA INVESTIGACIÓN

ANEXO E

APRECIACIÓN DEL JUEZ EXPERTO

Estimado (a)

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta.

Marque con una X (aspa) en SI o NO en cada criterio según su opinión

- Título de la Investigación: “Características de la dinámica familiar de los pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en consulta externa de un hospital de salud mental. Lima – Perú 2016”
- Instrumento: escala tipo Likert

Nº	CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación			
2	El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio			
3	La estructura del instrumento es adecuada			
4	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable			
5	La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento			
6	Los ítems son claros y entendibles			
7	El número de ítems es adecuado para su aplicación			

ANEXO F

PRUEBA BINOMIAL

ÍTEMS	Nº DE JUEZ							Valor de P
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0,008
2	1	1	1	1	1	1	1	0,008
3	0	1	1	1	1	1	1	0,062 (*)
4	1	1	1	1	1	1	1	0,008
5	1	1	1	1	1	1	1	0,008
6	1	1	1	1	1	1	1	0,008
7	0	1	1	1	1	1	1	0,062 (*)

Si $p < 0,05$ la concordancia es significativa

Se ha considerado:

- Favorable: 1 (SI)
- Desfavorable: 0 (NO)

p = 0,023

(*) Se realizaron las modificaciones en este criterio teniendo en cuenta las recomendaciones de los jueces expertos.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se utilizó la fórmula del Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

❖ Donde:

K: Número de ítems del instrumento

S_i²: Sumatoria de las varianzas de cada ítem

S_T²: Varianza de la suma de los totales de los ítems

❖ Para que exista confiabilidad $\alpha > 0,6$

❖ Reemplazando con los valores:

K: 40

S_i²: 29,82

S_T²: 515,19

$$\alpha = 0,96$$

❖ El resultado indica que el instrumento utilizado es confiable.

ANEXO H

TABLA DE CÓDIGOS DEL INSTRUMENTO

Datos generales:

EDAD	SEXO	PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE	TIEMPO DE ENFERMEDAD
25 – 34 (1)	Masculino (1)	Padres (1)	Menos de 6 meses (1)
35 – 44 (2)	Femenino (2)	Padres y hermanos (2)	6 meses – 1 año (2)
45 – 54 (3)		Sólo uno de los padres (3)	Más de 1 año (3)
		Esposo(a)/Conviviente (4)	
		Esposo(a) e hijo(s) (5)	
		Otros familiares (6)	

Datos específicos:

Nº DE ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1	4	3	2	1
2	1	2	3	4
3	4	3	2	1
4	1	2	3	4
5	4	3	2	1
6	1	2	3	4
7	4	3	2	1
8	4	3	2	1
9	4	3	2	1
10	1	2	3	4
11	4	3	2	1
12	1	2	3	4

13	4	3	2	1
14	1	2	3	4
15	4	3	2	1
16	1	2	3	4
17	4	3	2	1
18	1	2	3	4
19	4	3	2	1
20	1	2	3	4
21	4	3	2	1
22	1	2	3	4
23	4	3	2	1
24	1	2	3	4
25	4	3	2	1
26	1	2	3	4
27	4	3	2	1
28	1	2	3	4
29	4	3	2	1
30	1	2	3	4
31	4	3	2	1
32	1	2	3	4
33	4	3	2	1
34	1	2	3	4
35	4	3	2	1
36	1	2	3	4
37	4	3	2	1
38	1	2	3	4
39	4	3	2	1
40	1	2	3	4

ANEXO I

MATRIZ DE CODIFICACIÓN DE DATOS

Datos generales:

Nº DE PCTE	EDAD	SEXO	PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE	TIEMPO DE ENFERMEDAD
1	1	2	4	2
2	1	2	2	1
3	2	2	5	3
4	1	1	2	1
5	2	2	5	3
6	2	1	5	2
7	1	1	5	2
8	1	2	1	1
9	2	1	5	2
10	2	1	6	3
11	3	1	4	1
12	2	2	3	3
13	1	2	2	3
14	3	2	5	1
15	1	2	6	3
16	2	1	1	1
17	1	1	1	2
18	1	2	6	1
19	1	2	1	2
20	2	2	5	2
21	1	2	2	1
22	1	1	1	1
23	1	2	4	2
24	1	2	2	3
25	1	2	5	1
26	3	2	1	3
27	2	2	2	1
28	1	2	3	2
29	3	1	4	3
30	1	1	6	1
31	1	2	1	1
32	2	1	5	3
33	1	2	4	2
34	1	1	3	2
35	1	2	4	1
36	3	2	4	1
37	2	1	3	1
38	1	2	2	3
39	3	2	1	2
40	1	1	1	1
41	1	2	3	3
42	3	1	5	3
43	2	2	6	1
44	1	1	2	1
45	1	2	2	1
46	3	2	3	1
47	2	2	5	2
48	2	2	4	1
49	1	1	1	3
50	2	2	2	2

Datos específicos:

Nº Pcte	ÍTEMS																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	3	3	3	4	3	3	2	2	2	3	2	4	2	4	2	1	4	3	4	4
2	2	3	2	4	3	3	3	2	3	4	3	4	2	4	3	4	2	2	2	4
3	4	4	3	4	3	3	3	2	3	3	4	4	3	3	2	3	4	4	3	3
4	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	1	3	1	2	1	1	2	3
5	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	2	3
6	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3	3	3
7	2	3	2	3	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2	3	2
8	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2
9	4	4	4	4	3	3	2	2	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4	3
10	1	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1	1	2	4
11	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	3
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	2	2	2
13	3	4	3	4	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	4
14	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	3	2	2
15	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	4	2	4	2	1	2	3	2	3
16	2	3	3	3	3	3	4	4	4	3	2	4	3	3	2	3	2	3	3	3
17	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	2	3	4	4
18	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	2	3	2	2	1	1	2	2
19	3	2	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	2	4	4	4
20	3	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4
21	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	1	2	1	2	2
22	2	4	3	4	3	3	2	2	2	3	2	4	3	3	2	3	2	3	2	3
23	2	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	3	3
24	2	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	4	2	3	2	3	3	3
25	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	3	2	2	2
26	3	3	2	3	4	3	2	4	2	3	2	4	2	3	2	2	3	4	2	3
27	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1	2	2
28	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	2
29	4	4	4	4	4	3	3	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4
30	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	4	1	2	2	1	2	2
31	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	4	3	4	2	3	2	3	3	3
32	3	3	3	4	3	3	2	2	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	2	3
33	3	4	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	3	2	1	2
34	4	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	4	3	2	4	4	4
35	3	3	3	4	2	3	3	3	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4
36	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	2	3	3	3	2	3
37	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	1	3	1	1	3	2	2	2
38	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	3	3
39	2	2	2	3	3	3	3	2	2	3	2	4	2	3	2	2	3	2	2	2
40	2	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	4	3	4	2	3	2	3	3	3
41	3	3	3	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	3	4	3	2	3	4	4
42	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	1	2	2	3	2	2
43	3	3	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	2	3	3	4
44	3	4	3	4	3	3	3	4	4	4	2	4	3	3	2	2	2	3	3	3
45	4	4	4	4	2	2	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	2	3	4	4
46	2	4	3	4	2	3	3	2	4	3	2	4	3	4	4	3	2	3	4	3
47	2	3	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	1	1	2	2	1	2
48	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	1	4	2	3	3	3	4	4
49	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	4	4	3	2	3	2	3	4	4
50	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4
Total	130	159	138	165	134	136	132	132	143	155	137	170	135	162	116	117	122	137	137	151

Nº Pcte	ÍTEMS																				Σ
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
1	4	4	2	1	3	3	2	3	3	3	2	4	2	3	2	3	3	4	4	3	116
2	4	4	2	3	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	2	4	4	4	4	3	128
3	3	3	4	4	4	4	3	4	4	4	2	4	4	2	2	3	4	4	2	3	132
4	4	3	1	1	1	2	2	2	2	3	1	3	2	1	2	2	2	2	2	3	81
5	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	2	3	4	4	4	4	4	3	142
6	3	3	3	3	2	4	3	3	3	4	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	108
7	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	4	2	3	2	2	1	2	81
8	2	3	2	3	2	2	2	4	2	3	2	3	1	4	2	3	3	4	4	4	105
9	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	2	4	2	3	3	3	4	4	3	3	130
10	4	4	1	1	1	2	2	2	1	2	2	3	1	3	1	1	1	4	1	2	74
11	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	2	4	4	1	2	3	4	4	4	3	137
12	2	3	1	1	4	3	4	4	2	2	1	2	1	4	2	3	2	2	2	3	87
13	4	4	3	3	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	139
14	2	3	2	3	2	4	2	3	2	2	1	2	1	4	3	3	2	3	2	3	90
15	3	3	1	1	2	3	2	2	2	2	1	2	1	4	1	2	1	2	2	2	88
16	4	4	2	3	2	3	2	4	2	4	2	4	2	4	1	2	1	4	2	3	115
17	4	4	4	3	2	3	3	3	4	4	2	4	2	3	2	3	3	4	3	3	133
18	2	4	1	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	4	1	1	1	4	1	4	82
19	3	3	3	3	4	3	4	3	3	4	2	4	4	3	2	3	4	4	2	3	130
20	4	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	2	3	4	4	4	3	145
21	3	3	2	1	2	2	2	3	2	2	2	3	1	4	2	2	2	2	2	3	85
22	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	1	3	2	3	2	3	2	2	102
23	3	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	4	2	1	1	1	1	4	1	4	121
24	3	4	2	3	4	3	4	3	3	4	2	4	4	1	4	3	4	4	2	3	118
25	2	2	2	2	4	4	3	3	1	2	2	3	1	4	1	1	1	4	1	1	86
26	2	2	2	2	4	4	4	3	2	4	1	3	1	4	1	2	1	2	1	1	102
27	4	4	1	1	1	1	1	2	2	2	1	2	1	3	1	1	2	2	2	1	72
28	3	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	4	1	2	1	3	1	2	77
29	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	2	4	4	3	1	2	4	4	2	2	139
30	4	3	2	2	1	2	2	1	2	2	1	3	1	1	2	2	1	2	2	2	81
31	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	4	1	2	3	4	4	3	3	109
32	2	2	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	2	2	4	3	3	3	4	3	127
33	2	2	2	3	1	4	2	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	4	2	2	80
34	4	4	3	3	2	4	2	4	4	4	2	4	2	2	2	2	3	3	2	2	128
35	3	3	3	3	4	3	2	3	4	4	2	3	2	3	2	2	4	4	2	2	125
36	2	3	4	3	3	4	4	3	3	3	1	4	2	2	1	1	1	4	3	2	113
37	2	3	1	1	2	3	1	2	2	2	1	3	1	1	2	2	2	3	2	3	82
38	3	3	3	3	2	3	2	3	4	4	4	4	2	2	3	3	3	3	4	3	130
39	2	2	2	2	3	4	2	3	2	3	1	3	1	1	1	3	2	3	2	3	94
40	3	4	3	3	2	3	2	4	4	3	2	3	1	1	2	3	3	3	4	3	111
41	2	3	3	3	2	4	2	4	4	4	2	4	4	3	2	3	4	3	2	2	128
42	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	3	90
43	4	3	3	3	4	4	2	3	4	4	2	3	2	2	2	3	4	4	3	3	129
44	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	1	2	2	2	2	4	4	3	111
45	4	3	3	3	2	4	2	4	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	138
46	3	3	2	2	4	3	3	3	3	3	2	4	3	3	2	2	3	4	3	3	120
47	3	3	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	3	80
48	4	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	2	3	4	4	4	1	139
49	3	4	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	116
50	3	3	3	3	4	4	4	3	4	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	147
Total	152	161	125	123	132	157	128	148	142	158	101	164	107	130	101	123	131	168	128	132	5523

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

Se utilizó la escala del promedio con la finalidad de obtener la clasificación de la variable características de la dinámica familiar de manera global y por dimensiones.

$$\bar{X} = \underbrace{x_1 + x_2 + x_3 + x_4 + \dots + x_{40}}_{50}$$

Donde:

\bar{X} : Promedio de los puntajes

Obteniéndose:

$$\bar{X} = 110,4$$

PUNTAJE TOTAL:

- Presente: de 110 a 160
- Ausente: < a 110

PUNTAJE POR DIMENSIONES:

Comunicación

- Presente: de 25 a 36
- Ausente: < a 25

Cohesión

- Presente: de 54 a 80
- Ausente: < a 54

Afecto

- Presente: de 6 a 8
- Ausente: < a 6

Adaptabilidad

- Presente: de 23 a 36
- Ausente: < a 23

PUNTAJE POR INDICADORES:

Comunicación

- Tipos

- Presente: de 8 a 12
- Ausente: < a 8

- Estilos

- Presente: de 7 a 12
- Ausente: < a 7

- Cualidades

- Presente: de 9 a 12
- Ausente: < a 9

Afecto

- Expresiones de afecto

- Presente: de 6 a 8
- Ausente: < a 6

Cohesión

- Vinculación emocional

- Presente: de 7 a 12
- Ausente: < a 7

- Límites

- Presente: de 12 a 16
- Ausente: < a 12

- Toma de decisiones

- Presente: de 10 a 16
- Ausente: < a 10

- Tiempo y espacio

- Presente: de 13 a 20
- Ausente: < a 13

- Intereses

- Presente: de 6 a 8
- Ausente: < a 6

- Recreación

- Presente: de 5 a 8
- Ausente: < a 5

Adaptabilidad

- Respuesta a conflictos

- Presente: de 3 a 4
- Ausente: < a 3

- Roles familiares

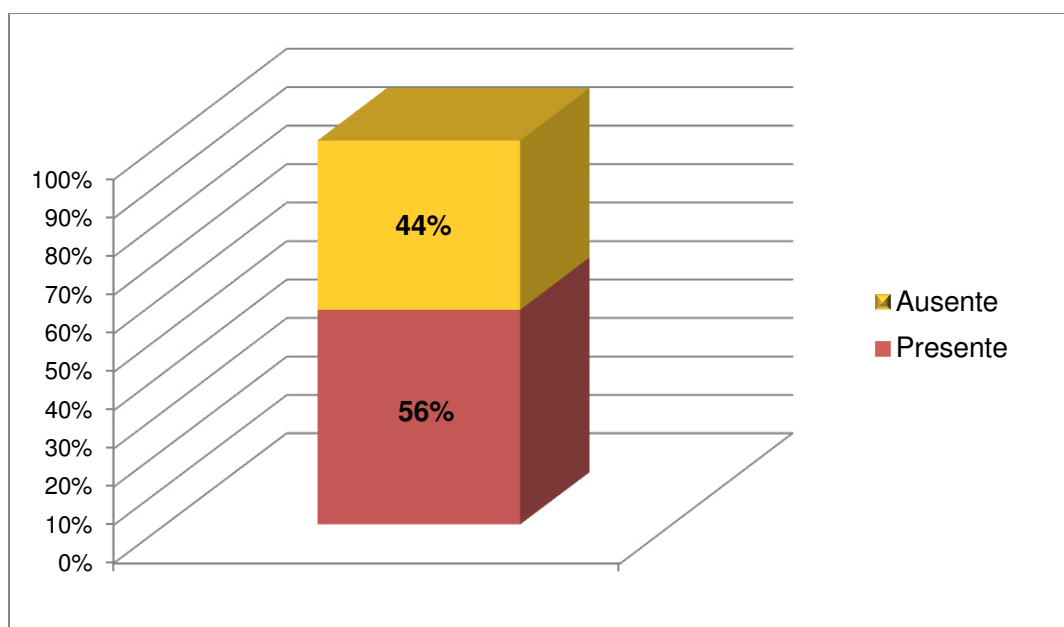
- Presente: de 4 a 8
- Ausente: < a 4

- Autoridad en el hogar

- Presente: de 15 a 24
- Ausente: < a 15

ANEXO K

CARACTERÍSTICAS DE LA DINÁMICA FAMILIAR DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA. HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA. LIMA – PERÚ 2016



ANEXO L

DATOS GENERALES DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN ATENDIDOS EN CONSULTA EXTERNA.

HOSPITAL VÍCTOR LARCO HERRERA.

LIMA – PERÚ

2016

EDAD	PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN	
	Nº	%
25 – 34 años	27	54
35 – 44 años	15	30
45 – 54 años	8	16
Total	50	100
SEXO		
Masculino	18	36
Femenino	32	64
Total	50	100
PERSONAS CON LAS QUE VIVEN		
Padres	10	20
Padres y hermanos	5	10
Sólo uno de los padres	6	12
Esposo(a)/Conviviente	8	16
Esposo(a) e hijo(s)	11	22
Otros familiares	5	10
Total	50	100
TIEMPO DE ENFERMEDAD		
Menos de 6 meses	22	44
6 meses – 1 año	14	28
Más de 1 año	14	28
Total	50	100